

Eeva Myllylä

TARKISTUSLISTA SYNNYTTÄJIEN VASTAANOTOLLE

Opinnäytetyö

TARKISTUSLISTA SYNNYTTÄJIEN VASTAANOTOLLE

Opinnäytetyö

Eeva Myllylä
Opinnäytetyö
Syksy 2018
Hoitotyön tutkinto-ohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön tutkinto-ohjelma, Kätilö

Tekijä: Eeva Myllylä

Opinnäytetyön nimi: Tarkistuslista synnyttäjien vastaanotolle

Työn ohjaajat: Yliopettaja, TtT Kaisa Koivisto & Lehtori, TtM Satu Rainto

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2018

Sivumäärä: 61 + 11

Synnytysvastaanoton kätilötyö on itsenäinen ja vaativa työ, jossa kätilöt arvioivat tulotarkistuksen ja taustatietojen perusteella äidin ja sikiön hyvinvointia sekä synnytyksen käynnistymistä. Synnytyksen käynnistymistä seurataan pääasiassa kohdunsuun avautumisen, supistuksien laadun sekä lapsivedenmenon perusteella. Sisä- ja ulkotutkimus sekä vitaalielintoimintojen mittaukset antavat tietoa äidin hyvinvoinnista. Kardiokografialla (KTG) seurataan sikiön sykettä ja supistuksiin reagoitua. KTG:n tulkinta on vaativa tehtävä, jonka analyysissä korostuu työyhteisön kollegiaalinen vertaistuki. Tarvittaessa konsultoidaan lääkäreitä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Oulun yliopistollisen sairaalan (OYS) synnytysvastaanotolle tarkistuslista kätilöiden muisti- ja tukilistaksi. Tarkistuslistasta ajateltiin soveltuvan myös uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytykseen. Tarkistuslistan käytön tavoitteena oli vastaanoton toimintojen yhdenmukaistaminen. Pitkän aikavälin tavoitteita olivat potilasturvallisuuden ja asiakastytytyvyyden edistäminen. Tarkistuslistan toteutuksessa huomioitiin kätilöiden yksilölliset työskentelytavat kuten tehtävien joustava työjärjestys. Opinnäytetyön aiheen valinnan taustalla olivat tarkistuslistan työelämätarve ja ettei vastaavaa virallista työkalua ollut käytössä Suomen yliopistosairaaloissa.

Tämä opinnäytetyö sisälsi kaksi vaihetta. Ensimmäisessä vaiheessa haastateltiin kahta synnytysvastaanoton kätilöä, jonka tuloksena saatiin kuvaus synnytysvastaanoton toiminnoista. Haastattelumateriaali analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin menetelmin teemoittelulla. Analyysitulokset toimivat taustamateriaalina tarkistuslistan kehittämistyössä. Synnytysosaston asiantuntijat osallistuivat aktiivisesti tarkistuslistan tuotekehitykseen ja loppuvaiheessa sen toimivuutta selvitettiin pilottikäytöllä. Pilottikäytön palautteen mukaan tuote koettiin tarpeelliseksi ja se sisälsi vastaanoton tärkeimmät vaiheet. Kehitysideoissa tuotiin esille selkeyden lisääminen mm. tietoja karsimalla.

A4 -kokoinen tarkistuslista sisältää kolme osiota. Synnytysvastaanotolle saapumisen toimenpiteitä ovat taustatietojen selvittäminen sekä tilannearvio. Toinen vaihe sisältää tulotarkistus, jonka mittauksia ovat ulko- ja sisätutkimus, vitaalielintoimintojen mittaukset sekä KTG-ajo. Kolmannessa vaiheessa raportoidaan tulokset ja tehdään päätös jatkohoitopaikasta.

Opinnäytetyön tuloksena tuotettu tarkistuslista otettiin käyttöön OYS:n synnytysvastaanotolla ohjaavaksi malliksi, jonka lisäksi se nähtiin tarpeellisenä perehdytyksessä ja opiskelijaohjauksessa. Jatkokehitysideoina esitetään tarkistuslistan integroiminen osaksi lpana -potilastietojärjestelmää, pilottikäytön palautemuutokset sekä äitiyspoliklinikkatoiminnan sisällyttäminen tarkistuslistaan.

Asiasanat: tarkistuslista, tulotarkistus, synnytysvastaanoton kätilötyö, synnytyksen edistymisen seuranta, äidin ja sikiön hyvinvoinnin arviointi

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Midwifery

Author: Eeva Myllylä

Title of thesis: Check-in List for the Delivery Ward

Supervisors: Senior Principal Lecturer, PhD Kaisa Koivisto & Principal Lecturer, M.Sc Satu Rainto

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2018 Number of pages: 61 + 11

The aim of this bachelor's thesis was to create a check-in list to delivery ward at Oulu University Hospital. The need of the check-in list was based on the coordinator's wish. The first co-operational meeting was arranged in July 2017 while the product was launched one year later.

The purpose of this bachelor's thesis was to study how midwives measure and estimate delivery state. Besides that, the aim was to invest how mother's and fetus' well-being was secured and what tools were used for measurement. The third target was to get to know which tasks midwives are performing on the delivery ward. When the check-in list is use it shall rise the quality and it increases the patient safety. Students or new employees can use the tool as support.

The product development was based on interviews, ward documents and professional articles. The interviews were arranged on the ward and two midwives were interviewed. The aim was to get familiar with the tasks on the delivery ward. The interviews were analyzed by using the quality-based analyzing methods. Product development was done with co-ordination with the delivery ward midwives. Development included several review rounds. After acceptance, it was pilot tested by the end users. According to the feedback, midwives were happy with the new tool.

If everything is normal, the midwife takes care of the entire process. Decisions are based on measurements and findings, but additionally delivery ward midwives are doing strong co-operation with each other. The doctor is always asked when there is an abnormal event or an emergency.

The check-in list is a guide to the midwives. It is a list of actions including what is measured and reported during the arrival event. It can be utilized with flexible manner. Further development idea is to implement the tool as a part of the data system or to use it as check-in list in the maternity clinic.

Keywords: check-in list, midwifery on the delivery ward, assessment and care during the first stage of labour

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	KÄTILÖTYÖ SYNNYTYSVASTAANOTOLLA.....	9
2.1	Synnytyksen edistymisen arvioiminen	11
2.2	Äidin ja sikiön hyvinvoinnin arviointi.....	12
2.3	Synnytyksen avautumisvaiheen ongelmat	14
2.4	Synnytysvastaanotolla huomioitavat komplikaatiot.....	17
3	KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TOIMINTAYMPÄRISTÖ	22
4	TARKISTUSLISTAN KEHITTÄMISTYÖN PROSESSIN KUVAUS.....	25
4.1	Kehittämistyön toteutus projektissa	25
4.2	Aineistonkeruun ja analyysin suunnittelu.....	29
4.3	Tarkistuslistan kehittämistyön toteutus	31
4.4	Aineistonkeruu ja sisällönanalyysi	32
4.5	Aineistoanalyysin tulokset, johtopäätökset ja pohdinta.....	35
4.5.1	Kätilöiden arviot synnytyksen edistymisestä	36
4.5.2	Kätilöiden arviot synnyttäjän ja sikiön hyvinvoinnista.....	37
4.5.3	Synnyttäjien hoitopolut vastaanotolla	40
4.6	Tarkistuslistan tuotekehitys	42
5	TULOSTEN INTEGROITUMINEN TUOTTEESEEN	45
6	KEHITTÄMISTYÖN ARVIOINTI	48
6.1	Kehittämistyön eettisyyden arviointi.....	48
6.2	Kehittämistyön luotettavuuden arviointi	48
6.3	Kehittämistyön prosessin arviointi.....	49
6.4	Prosessissa oppiminen ja ammatillinen kehittyminen.....	51
6.5	Jatkotutkimusaiheet ja kehittämistyön merkitys	52
	LÄHTEET	53
	LIITTEET	62

1 JOHDANTO

Synnytysvastaanotolle saapuminen on synnyttämään tulevalle naiselle ja hänen puolisolleen aina merkityksellinen ja mieleenpainuva tapahtuma, jossa ammattitaitoinen kättilötyö edistää tulevan synnytyksen onnistumista. Synnytysvastaanoton kättilö neuvoo ja ohjaa synnyttäjää, kartoittaa synnytykseen liittyvät toiveet ja selvittää tulotarkistuksen avulla synnytyksen edistymisen sekä äidin ja sikiön terveydentilan. Synnytyksen alkamisajankohtaa arvioidaan mm. supistusten tiheyden, kohdunkaulan avautumisen ja lapsivedenmenon perusteella. (Raussi-Lehto 2015, 222–224.) Odottava nainen otetaan sisälle synnytysosastolle synnytyksen käynnistyttyä (Saarikoski 1992, 119).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutustua Oulun yliopistollisen sairaalan (OYS) synnyttäjien vastaanoton toimintaan ja selvittää, miten kättilöt arvioivat äidin ja sikiön hyvinvointia sekä synnytyksen edistymistä. Kehittämistyön tavoitteena oli kehittää synnytysvastaanotolle A4 -kokoinen tarkistuslista tuotteena kättilöiden muisti- ja tukilistaksi. Tämä opinnäytetyö sisältää kaksi osuutta. Työn tutkimuksellisessa osuudessa kehittämiskohteesta hankittiin syvällistä tietoa teemahaastatteluilla. Haastattelumateriaali analysoitiin laadullisen tutkimuksen metodeilla tutkimuskysymykset huomioiden. Toiminnallisessa osuudessa tuotettiin synnytysvastaanoton tarkistuslista, jonka pohjamateriaalina oli haastattelumateriaali sekä alan tutkimuskirjallisuus ja synnytysosaston dokumentaatio. Synnytysvastaanoton asiantuntijat osallistuivat tuotekehityksen määrittely-, suunnittelu- ja käyttöönoton vaiheisiin. Tarkistuslistan välittömiä tavoitteena oli vastaanottotoimintojen yhdenmukaistaminen. Pitkän aikavälin tavoitteita olivat synnytysvastaanoton potilasturvallisuuden edistäminen ja parempi asiakastytyväisyys. Tarkistuslistan laadullisia tavoitteita olivat selkeä, informatiivinen ja helppolukuinen ulkoasu sekä kattava ja asianmukainen sisältö.

Opinnäytetyön aiheen valinnan taustalla oli Oulun yliopistollisen sairaalan opetuskoordinaattorin, Arja Laitisen, esittämä tarve synnytysvastaanoton tarkistuslistalle. Tuotekehityksessä tavoiteltiin käytäntöön liittyvää työvälinettä, joka toimii tilanteissa, jotka vaativat mm. nopeutta ja päätöksentekoa. Synnytysvastaanoton toiminnoista löytyi materiaalia alan tutkimuksista ja kirjallisuudesta. Yhteenvetona voidaan sanoa, että kuvaavaa, ajankohtaista tietoa oli saatavilla, mutta tarkistuslistan tyyppinen yhteenveto puuttui. Edellistä tukee myös heinäkuussa 2017 selvitetty yliopistosairaaloiden tarkistuslistan käyttäminen, jonka tuloksena selvisi, että Kättilöopistolla, Naistenklinikalla ja Tampereen yliopistollisessa sairaalassa tarkistuslista ei ollut käytössä. Soitin viiteen yliopistosai-

raalaan, joista kahdessa kerrottiin olevan jonkinlainen tarkistuslista; Kuopiossa käytettiin tulovaiheen kaavaketta ja Turussa oli käytössä epävirallinen tarkistuslista. Koska vain kahdessa sairaalassa oli jonkinlainen tarkistuslista käytössä, oli tärkeää kehittää synnytysvastaanotolle turvallisuutta lisäävä tarkistuslista.

Terveystieteiden tutkimuksessa tarkistuslistat toimivat muistin tukena tarkkuutta vaativissa toiminnoissa, kiireessä, diagnooseissa, arvioinnin apuna, yhtäaikaista tehtäviä suoritettaessa sekä menetelmiä yhdenmukaistettaessa. Käyttöönottoa ovat lisänneet läheltä piti -tilanteet sekä toimenpiteissä tapahtuneet virheet, kuten väärän puolen leikkaukset. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 209; Blomgren & Paunio 2014.) WHO:n kirurgisen turvallisuuden tarkistuslista on yksi tunnetuimmista terveydenhuollon dokumenteista. Sen tarkoituksena on estää yleisimmät ja vältettävissä olevat hoitovirheet (Paunio, Lepojärvi, Peltomaa, Saario, Isojärvi, Malmivaara & Ikonen 2009, 4249–4250; Paunio & Ikonen 2010, 333; WHO 2017a). Vuonna 2008 pilotoidun tarkistuslistan tulokset ovat olleet potilaiden kannalta erittäin lupaavat, mutta edellyttävät johdon ja työtiimin sitoutumista (Walker, Reshamwalla & Wilson 2012, 1). Tutkimusten mukaan WHO:n tarkistuslistan käyttö vähensi komplikaatioita 37 % ja kuolleisuutta 62 %. Vastaavasti, kirurgisen leikkauksen yhteydessä käytetyn check-in listan todettiin vähentäneen komplikaatioita 27 %:sta 17 %:iin (De Vries, Prins, Crolla, Outer, Andel, Helden, Schlack, Putten, Gouma, Dijkgraaf, Smorenburg & Boermeester 2010, viitattu 13.9.2017; Fudickar, Hörle, Wilfang & Bein 2012, viitattu 17.9.2017).

Systemaattisesti käytettynä tarkistuslista tuo turvallisuutta ja lisää toiminnan järjestelmällisyyttä ja kurinalaisuutta. Muistin tukena toimiva lista standardisoi erilaisia toimenpiteitä ja edistää potilasturvallisuutta. Tarkistuslistalla varmistetaan, että tarpeelliset, aikaisemminkin tehdyt asiat tehdään järjestelmällisesti, kattavasti ja joka kerta. Hyvä tarkistuslista on lyhyt ja helppolukuinen eikä sen käyttö hidasta työtä. Tarkistuslistan toimivuus ja käyttöönoton sujuvuus hoidetaan pilottitestauksen, koulutuksen ja esittelyn kautta. Jonka lisäksi käyttäjien sitoutuminen varmistetaan, sillä hyväkään lista ei edistä toimintaa ilman käyttöönottoa. Tarkistuslistoissa voidaan erottaa neljä käyttäjätasoa. Ensimmäisen tason listaa käyttää yksi henkilö, joka käy listasta läpi tarkistettavat asiat listan mukaisessa järjestyksessä. Toisessa tasossa listaa työskentelee parityönä. WHO:n kirurginen tarkistuslista on esimerkki kolmannen tason listasta, joissa listaa käydään läpi vaiheittain useassa osassa ja käyttäjät ovat suurempia tiimejä. Neljännen tason lista on lähinnä vuokaavio, joka ohjaa päätöksentekoa hankalassa paikassa. (Blomgren & Paunio 2014; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a, viitattu 16.5.2017.)

Kirurgisen tarkistuslistan toimivuutta selvittänyt ranskalaistutkijaryhmä tunnisti 11 estettä tarkistuslistan käyttöön liittyen, joista merkittävimpiä olivat tarkistuslistan sopimattomuus käyttöympäristönsä ja listan puutteellisuus. Tulosten perusteella ryhmä suositteli tarkistuslistan räätälöimistä osaston tarpeita vastaaviksi. (Fourcade, Blache, Grenier, Bourgain & Minvielle 2012.) Opinnäytetyössä tehtävän tarkistuslistan kehittämistyö toteutettiin tuleva käyttöympäristö huomioiden niin, että käyttöympäristön asiantuntijat osallistuivat tuotekehitysprosessiin sen kaikissa vaiheissa. Näillä toimilla tarkistuslista saatiin räätälöityä osaston tarpeita vastaavaksi Fourcade ym. (2012) suositusten mukaisesti.

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan sitä, että potilas saa tarvitsemansa ja oikean hoidon, josta aiheutuu hänelle mahdollisimman vähän haittaa. Potilasturvallisuuden voidaan katsoa myös tarkoittavan ammattihenkilöiden tai organisaation periaatteita ja käytäntöjä, joilla varmistetaan palveluiden turvallisuus kuten sairauksien ehkäisy, diagnostiikka ja hoidon turvallisuus. Tutkimusten mukaan jopa puolet nykyisistä haittatapahtumista voitaisiin estää riskejä ennakoimalla, toiminnan järjestelmällisellä seurannalla sekä vaara- ja haittatapahtumista oppimalla. Potilasturvallisuutta edistävät toimenpiteet tuovat säästöjä ja vähentävät inhimillistä kärsimystä. (THL 2017.) THL:n potilasturvallisuusoppaan (THL 2017) ohjeistus huomioiden, synnytysosaston keskeisiä potilasturvallisuuteen liittyviä kysymyksiä ovat: saako potilas tarvitsemansa ja oikean hoidon ja onko sairauksien ehkäisy, diagnostiikka ja hoidon turvallisuus huomioitu? Synnyttäjien vastaanotolla tehtävät toimenpiteet vaikuttavat siihen, miten synnytys ja mahdollisten sairauksien ehkäisy onnistuvat.

2 KÄTILÖTYÖ SYNNYTYSVASTAANOTOLLA

Raussi-Lehdon (2015, 222, 245) mukaan vastaanottotilanne on synnyttäjälle erittäin merkityksellinen ja ainutlaatuinen tapahtuma, jossa kätilön arvostava ja rauhallinen käyttäytyminen edistävät synnyttäjän turvallisuudentunnetta ja vähentävät hänen kokemaansa pelkoa tulevaa synnytystä kohtaan. Synnytysvalmisteluiden lähtökohtana ovat synnyttäjän toivomukset, joita toteutetaan mahdollisuuksien ja potilasturvallisuuden puitteissa. Sairaalan synnytysvastaanotolle tulon syyt ovat tavallisimmin supistukset, lapsivedenmeno, sikiön liikkeiden vähentyminen, verenvuoto tai kipu (Raussi-Lehto 2015, 222). Odottava nainen otetaan sisälle synnytysosastolle synnytyksen käynnistyttyä. Vastaanotolle saapuessa kätilö arvioi, onko synnytys käynnissä, onko raskaus sujunut normaalisti ja onko odotettavissa normaali synnytys. Vastaanottotilassa vaihdetaan sairaalan vaatteet ja tehdään raskaustarkistukset. (Saarikoski 1992, 119.)

Syntymänaikainen kätilötyö koostuu kuvion 1 mukaisista tutkimuksista. Tutkimusten lisäksi kätilöt selvittävät synnyttäjän merkitykselliset taustatiedot äitiyskortista, lähetteestä ja esitietolomakkeesta. (Raussi-Lehto 2015, 225, 231.) Synnyttäjää haastatteleamalla selvitetään vastaanotolle tulossyy, supistukset, lv-meno, kivuntunto, ravinto, nesteet, päihteet, lääkitys, nukkuminen, perussairaudet, allergiat sekä vastikään sairastetut taudit. Äitiyskortista tarkistetaan nykyisen raskauden eteneminen sekä edellisten synnytyksien ja raskauksien kulku, mm. vastasyntyneiden kunto ja paino, synnytyksiin liittyvät verenvuodot sekä mahdolliset operatiiviset toimet. Lisäksi selvitetään pre-eklampsia (=raskausmyrkytys), anemia, diabetes, sydänsairaudet sekä Rh-immunisaatio, GBS sekä raskaudenaikainen lääkkeiden ja päihteiden käyttö. (Cassidy 1993, 158; McKinney ym. 2000, 359–364; Raussi-Lehto 2015, 215, 217, 225, 231, 245.)

Ulkotutkimus	Sisätutkimus	Yleistutkimus
<ul style="list-style-type: none">• Sikiön hyvinvoinnin arvio: sikiön tarjonta, asema, supistuskivun arvio, KTG, mikroverinäyte• Synnytyksen edistymisen arvio: supistusten kesto, frekvenssi, intensiteetti, laatu• Synnytyksen edellytysten arvio: kohdun muoto, lantion suhta	<ul style="list-style-type: none">• Synnytyksen edistymisen arvio: kohdunkaulan kypsyminen, kohdunsuun avautuminen, sikiön asema, sikiökalvot, kohdun laatu, vuodot• Synnytyksen edellytysten arvio: ryhti, tarjonta	<ul style="list-style-type: none">• Verenpaine, pulssi, lämpö, virtsa-arvot (proteiini, glukoosi, ketoaineet), BMI, turvotukset, hengitys-frekvenssi, laboratoriotestit (hemoglobiini, Rh, hematokriitti, veriryhmä)

KUVIO 1. Tutkimukset (mukaillen Raussi-Lehto 2015, 231; McKinney ym. 2000, 359–364)

Yleistutkimus perustuu synnyttäjän antamiin tietoihin ja kättilön havaintoihin. Yleistutkimuksessa mitataan sairaalayksikkökohtaisesti mm. äidin paino, lämpö, verenpaine, pulssi sekä virtsa-arvot. (Pietikäinen, Väyrynen & Stefanovic 2015, 191–192; Raussi-Lehto 2015, 237.) Yleistutkimukseen kuuluu synnyttäjän yleisilmeen tarkkailu. Vitaalielintoiminnot mitataan alkuun 15 minuutin välein (Cassidy 1993, 158–159; Murray & Huelsmann 2009, 60.) Verenpaine mitataan supistusten välissä ja saatua tulosta tarkastellaan suhteessa äidin aikaisempiin tuloksiin. Arvon kohotessa huomioidaan erityisesti pulssi, virtsan proteiini, lämpö, refleksit sekä turvotukset. Infektion merkkejä ovat sikiön takykardia (yli 160/min), äidin takykardia (yli 100/min), ihon kohonnut lämpötila, pahanhajuisen emättimen erite ja kosketusarka kohtu. Säännöllinen lämmön seuranta on perusteltua, sillä äidin kuume nostaa aina myös sikiön lämpötilaa ja kasvattaa hapen tarvetta. (Murray, Huelsmann & Koperski 2011, 17.)

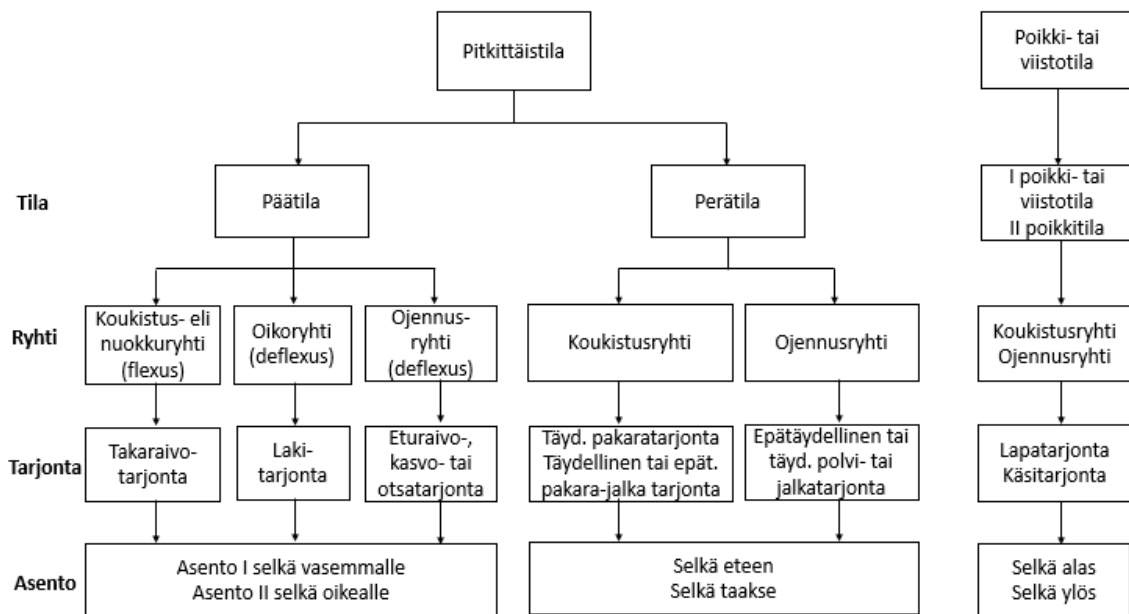
Ulkotutkimus suoritetaan synnyttäjän maatessa selällään vatsalihakset mahdollisimman rentoina. Kättilö tunnustelee käsillä sikiön topografisen aseman (=sikiön synnytysopillinen asema kohdussa) ja arvioi sikiön koon, lapsiveden määrän ja sikiö-lantiosuuden. Kohdun osalta selvitetään sen muoto ja koko. (Raussi-Lehto 2015, 237.) Monikkoraskaus ja polyhydramnio (=lapsiveden liian suuri määrä) laajentavat sekä kohdun pituutta ja leveyttä, kun taas isokokoinen lapsi lisää vain kohdun pituutta. Suurin osa sikiöistä (99,5 %) asettuu kohdussa pituusakselin suuntaisesti, jolloin äidin maha on yleensä enemmän pitkä kuin laaja. Alas sijoittuva laajanoloinen kohtu ilmaisee sikiön viisto- tai poikkitilaa. Vinosti lepäävä kohtu, jossa sikiö on pitkittäistilassa, tulee erottaa sikiön viistotilasta. (Thomson 1993, 133–134, 138.) Ulkotutkimus voidaan tehdä Leopoldin manööverein, jolloin sikiön tarjonta, asento, sijainti ja tila selvitetään äidin mahan päältä käsin tutkimalla. Sisätutkimus täydentää ja varmistaa tehdyt havainnot. (Murray & Huelsmann 2009, 157.) Suurimmassa osassa raskauksia sikiö asettuu päätarjontaan. Pää on liikkuvana yläaukeaman yläpuolella, jos se on nostettavissa symfyysin (=häpyluuliitos) yläpuolelle tai kättilön kämmensyrjä mahtuu symfyysin ja pään väliin. Silloin kun pää on liikkuvana yläaukeamassa, se ei ole enää nostettavissa symfyysin yläpuolelle. Tätä seuraavassa vaiheessa pää on kiinnittynyt ylä-aukeamaan, eikä sitä voi enää heiluttaa ulkotutkimuksen yhteydessä. (Pietikäinen, Väyrynen & Stefanovic 2015, 193–194.)

2.1 Synnytyksen edistymisen arvioiminen

Synnytyksen edistymisen arvioimisessa kättilöt selvittävät, onko synnytys käynnistynyt ja onko se tapahtumassa välittömästi. Synnytyksen edistymistä arvioidaan supistuksien laadun, kohdunkaulakanavan ja kohdunsuun avautumisen, sikiön tarjonnan, asennon ja aseman sekä sikiökalvojen eheyden perusteella. (McKinney, James, Murray & Ashwill 2000, 362–363.) Synnytys on käynnistynyt, kun säännölliset supistukset ovat kestäneet vähintään kaksi tuntia, tulevat alle kymmenen minuutin välein ja voimistuvat ajan kuluessa (Raussi-Lehto 2015, 223). Tieto supistuksien alkamisesta ja laadusta perustuu synnyttäjän haastatteluun ja kättilön tekemään tutkimukseen (McKinney ym. 2000, 362–363). WHO:n synnytyksen hoidon ohjeessa tuodaan esille synnytyksen alkamisen arvioinnin tärkeys, jonka lisäksi muistutetaan lapsivedenmenon peruuttamattomasta luonteesta verrattuna esimerkiksi supistuksiin tai kohdunsuun avautumiseen, joiden työstäminen alkaa mahdollisesti jo viikkoja ennen synnytystä. (WHO 2017a, 20.)

Sisätutkimus on oleellinen tutkimus synnytyksen käynnistymisen ja edistymisen arvioinnissa (WHO, 2017a, 21). Sisätutkimus tehdään ulkotutkimuksen jälkeen virtsarakon ollessa tyhjä. Sisätutkimuksella varmistetaan, että synnytys on todella käynnistynyt ja selvitetään sikiön tarjonta ja tarjoutuvan osan laskeutuminen synnytyskanavassa, pään kiinnittyminen, lapsivedenmeno ja väri, kohdunkaulan avautuminen, lyhentyminen sekä napanuoraprolapsia. (Sarvilinna ym. 2016, 1336; Jackson, Marshall & Brydon 2014, 340–341.) Tarjoutuvan osan asema lantiassa määritellään suhteutettuna spinojen tasoon. Sikiön tarjoutuvasta osasta selvitetään sen asettuminen lantioon lakisauaman avulla. Aukileiden sijainti antaa tietoa sikiön ryhdistä ja varmistaa kasvo- ja niskapuolen aseman. (Saarikoski. 1992, 121–123.)

Sikiön synnytyso pillinen asema eli topografinen asema ilmaisee sen, miten sikiö on asettunut kohtuun. Sikiön tila (situs) on sikiön selkärangan suunta suhteessa kohdun pituusakseliin. 99,5 % sikiöistä on asettunut pitkittäisasentoon joko pää- tai perätilaan. Poikki- tai viistotiloja esiintyy alle 0,5 % raskauksista. (Raussi-Lehto 2015, 226–229.) Poikkitila vaatii aina synnytyksen keisarileikkauksella. (Murray & Huelsmann 2009, 156–157; Uotila & Tuimala 2004, 482.) Sikiön ryhti (habitus) ilmaisee sikiön tarjoutuvan osan suhdetta sikiön vartaloon. Tarjonta (praesentaatio) tarkoittaa alimman synnytyskanavassa olevaa osaa ja asento ilmaisee sikiön selän suunnan kohdussa. (Raussi-Lehto 2015, 226–229.) Kuviossa 2 on esitetty sikiön topografiset asemavaihtoehdot.



KUVIO 2. Sikiön topografinen asema (Raussi-Lehto 2015, 227)

Alatiesynnytyksen onnistumiseen vaikuttavat sikiön tarjonta, ryhti ja asento. Tarjontavirhettä epäiltäessä sikiön tarjonta selvitetään ultraäänitutkimuksella tai kokeilemalla tarjoutuva osa emättimestä käsin. Päätarjonta on yleisin ja normaalissa synnytyksessä sikiö syntyy takaraivotarjonnassa leuka painuneena rintaa vasten ns. nuokkuryhdissä eli fleksiossa. Tarjonnan häiriöt selviävät lakisaumaa ja aukilettä tunnustelemalla. Mikäli kättilö tuntee sisätutkimuksessa sikiön suun, nenän ja poskipäätä, niin sikiö on kasvotarjonnassa eli kenoryhdissä (defleksio). Otsatarjonnassa isoaukile löytyy synnytyskanavan johtoviivassa. (Saarikoski 1992, 121; Sariola & Haukkamaa 2004, 327–328; Uotila & Tuimala 2004, 483; Murray & Huelsmann 2009, 153.)

2.2 Äidin ja sikiön hyvinvoinnin arviointi

Sikiön hyvinvoinnin seuranta alkaa synnyttäjän saapuessa synnytysvastaanotolle, jolloin hänestä otetaan noin 20 minuutin pituinen kardiokografia eli tulokäyrä. Kardiokografia (KTG) rekisteröi sikiön sydämen lyöntitiheyttä ja kohdun supistuksia. (Saarikoski 1992, 127.) KTG:tä käytetään synnytyksenaikaisen hypoksian seulonnassa. Sen tulokinnassa huomioidaan sykkeen perustaso, lyöntitiheyden lyhyen ja pitkän aikavälin vaihtelu, kiihtymät ja hidastumat, supistusten kesto, tiheys sekä sydänäänivaihteluiden ajoittuminen supistusten suhteen (Sarvilinna ym. 2016, 1336). KTG:n patologisia löydöksiä ovat myöhäinen ja vaihteleva hidastuminen, sykevaihtelut sekä brady- ja takykardia. Myöhäisessä hidastumisessa sikiön syketaajuus ei palaa supistuksen loputtua sitä edeltä-

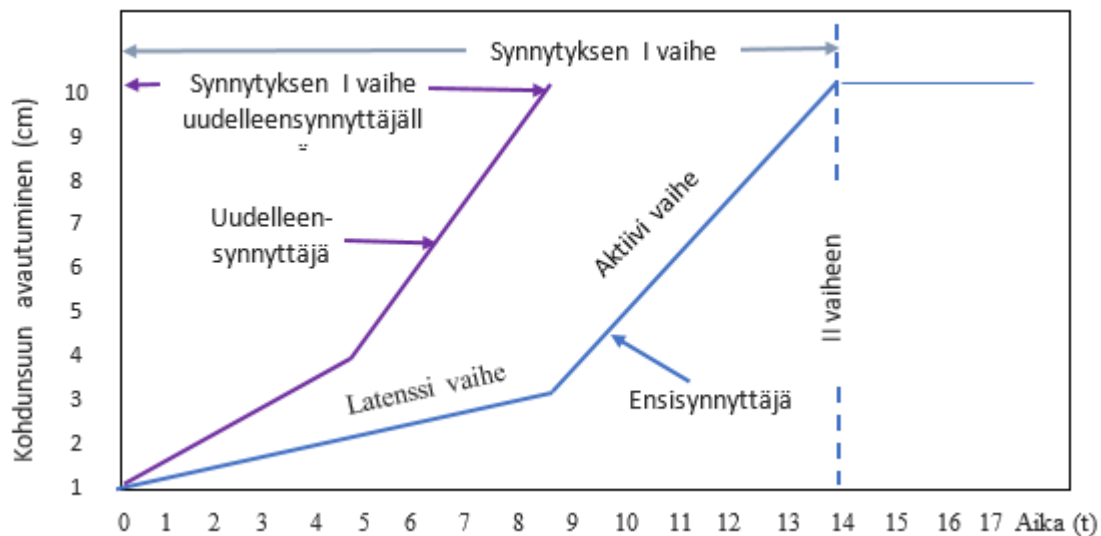
neelle tasolle puolessa minuutissa. Taustalla on istukan toiminnanvaja ja siitä johtuva hapenpuute, johon sikiö reagoi pienentämällä syketaajuutta. Vaihteleva hidastuminen näkyy KTG:ssä nopeina sykkeen laskuina johtuen napanuoran kasaan puristumisesta ja sikiön hapenpuutteesta. (Tekay & Jouppila 2004, 331, 356–357.) Takykardiassa sydämen lyöntitiheys on pitkäaikaisesti yli 160 lyöntiä minuutissa. Syinä ovat usein sydämen johtumishäiriöt tai kohdunsisäinen infektio. Bradykardiassa sydämen lyöntitiheys on pitkäaikaisesti alle 120 lyöntiä minuutissa. (Tekay & Jouppila 2004, 360–361.) Äkillinen korjautumaton harvalyöntisyys merkitsee usein sikiön hapenpuutetta, jonka taustalla voi olla istukan irtoaminen, napanuoran esiinluiskahdus tai tavallista voimakkaamat tai pitkäkestoiset supistukset. (Sarvilinna ym. 2016, 1336–1337; Tekay & Jouppila 2004, 360.) Sikiön tarjoutuvan osan iholta otettava mikroverinäyte tarvitaan silloin, kun KTG rekisteröinti viittaa hapenpuutteeseen. (Sarvilinna ym. 2016, 1336–1339; Tekay & Jouppila 2004, 331, 362–364.) Kuviossa 3 on esitetty synnytyksen aikaisen hoidon indikaatiot, joissa suositellaan KTG:n ajoa jatkuvana tai lääkärin konsultoimista. Listausta perustuu Iso-Britannian terveydenhuoltojärjestelmän (National Health Service, NHS) suositukseen (Nice Guidance 2014, 22–24, 26.)

Lääkärikonsultaatio	Jatkuva KTG ajo	Lääkärikonsultaatio ja jatkuva KTG ajo
<ul style="list-style-type: none"> • Sikiön virhetarjonta • Sikiön poikki- tai vinotila • Sikiö ei ole kiinnittynyt tai on korkealla ensisynnyttäjällä • Epäiltäessä sikiön kasvun estymistä tai liikakasvua • Lapsiveden vähyys tai paljous • Syke <110 tai ≥ 160 /min • Sikiön sykkeen hidastuminen • Sikiön liikehälytys • Diast. RR ≥ 110 mmHg tai sys. RR ≥ 160 mmHg • Verinen vuoto • Synnytyksen etenemättömyys • Obstetrinen hätätila 	<ul style="list-style-type: none"> • Äidin raportoima epänormaali kipu • Korioamnioniitti tai sepsis • Synnytykseen liittyvä tuore verenvuoto • Vakavasti koholla oleva verenpaine supistuksien välillä mitattuna (≥ 110 mmHg diastolinen tai ≥ 160 mmHg systolinen verenpaine) • Supistuksien kesto yli 60 sekuntia tai yli 5 supistusta 10 minuutin aikana (takystole) 	<ul style="list-style-type: none"> • Äidin pulssi ≥ 120 lyöntiä minuutissa (2mittauksessa ≥ 30 min aikana) • Diast. RR ≥ 90 mmHg tai sys. RR ≥ 140 mmHg (2 mittausta ≥ 30 min välein) • Proteiini 2+ virtsatestissä ja ≥ 90 mmHg diastolinen tai ≥ 140 mmHg systolinen verenpaine • Lämpö ≥ 38 C kertamittauksessa tai ≥ 37.5 C toistuvasti tunnin aikana • Löydöksenä meconiumia

KUVIO 3. Syntymänaikaisen hoidon poikkeustilan indikaatiot (mukaillen Nice Guidance 2014, 22–24, 26)

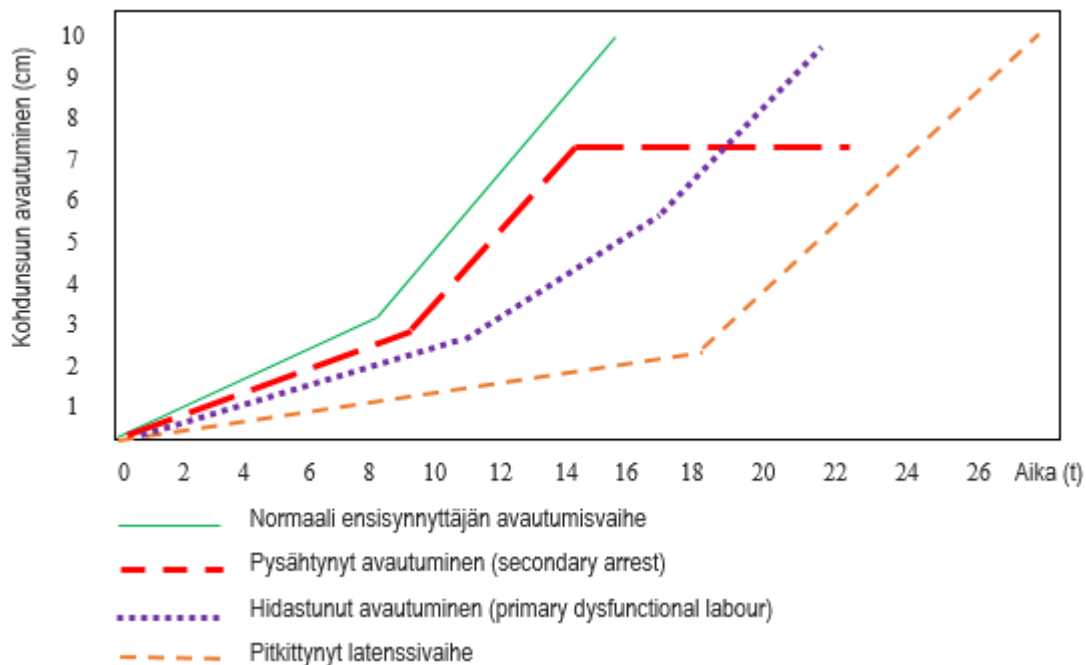
2.3 Synnytyksen avautumisvaiheen ongelmat

Synnytyksen alkamisen merkkejä ovat kivuliaiden, säännöllisten supistusten alkaminen, verensekaisen limatulpan irtoaminen sekä kalvojen puhkeaminen ja lapsivedenmeno (Saarikoski 1992, 115). Synnytyksen avautumisvaiheessa supistukset ja kohtulihaksen työskentely aikaansaavat kohdunkaulakanavan katoamisen eli kypsytymisen ja kohdunsuun avautumisen (Morris 1999, 356). Avautumisen latenssivaiheessa supistukset ovat epäsäännöllisiä ja tulevat harvakseltaan. Ensisynnyttäjällä 12 – 14 tunnin avautumisvaihe on kaksiosainen, jolloin kohdunsuun avautuminen alkaa vasta kohdunkaulakanavan hävittyä. (Morris 1999, 356–357.) Ensisynnyttäjän latenssivaihe kestää 6 – 8 tuntia ja päättyy, kun kohdunsuu on avautunut noin kolmeen senttimetriin saakka (Cassidy 1993, 164). Uudelleensynnyttäjällä latenssivaihe etenee usein nopeammin, koska kohdunsuu saat-
taa jo alkutilanteessa olla 2 – 4 senttimetriä auki (Saarikoski 1992, 117). Tämän lisäksi kohdunsuun avautuminen ja kohdunkaulan katoaminen tapahtuu uudelleensynnyttäjällä yhtäaikaaisesti (Walsh 2017, 589). Avautumisvaiheen lopussa kohdunsuu on täysin auki (Raussi-Lehto 2015, 221). Normaalisti tämä tarkoittaa noin 10 cm:n läpimittaa, mutta voi olla suurempi tai pienempi riippuen sikiön pään koosta (Walsh 2017, 589). Kuviossa 4 on esitetty ensi- ja uudelleensynnyttäjän kohdunsuun avautumisen kulku (Murray & Huelsmann 2009, 45). Supistuksien voimakkuus on avautumisvaiheen alussa noin 20 mmHg, kesto 20 – 30 sekuntia ja esiintymisväli 10 – 20 minuuttia. Aktiivisen vaiheen lopussa supistuksien amplitudi on 60 mmHg, kesto 45 – 60 sekuntia ja väli 2 – 3 minuuttia. (Walsh 2017, 590). Avautumisvaihetta seuraa ponnistusvaihe, joka kestää lapsen syntymään saakka. (Raussi-Lehto 2015, 221.)



KUVIO 4. Avautumisvaihe (mukaillen Cassidy 1993, 166; Murray & Huelsmann 2009, 46)

Synnytyksen avautumisvaiheen ongelmassa kohdunsuun avautuminen joko hidastuu tai loppuu kokonaan. Ongelmat voivat ilmetä latenssi- tai aktiivivaiheessa. Latenssivaihe katsotaan pitkittyneeksi, jos se kestää ensisynnyttäjällä yli 20 tuntia ja uudelleensynnyttäjällä yli 14 tuntia. Aktiivinen vaihe on hidastunut, mikäli kohdun suun avautuminen on vähäisempää kuin 1 cm tunnissa ja pysähtynyt, mikäli kohdun suun avautumisessa ei tapahdu ollenkaan edistymistä. Kuvio 5 havainnollistaa kohdunsuun avautumisen ongelmia. Ongelmien taustasyitä voi fysiologisten tekijöiden lisäksi olla synnyttäjän levottomuus tai pelko, joiden on todettu pidentävän synnytyksen kestoa. (Williams 1993, 399–400.)



KUVIO 5. Avautumisvaiheen ongelmat (Williams 1993, 400)

Supistushäiriö ilmenee supistuksen voimattomuutena tai liiallisena voimakkuutena. Supistukset, joiden voima on alle 40 – 60 mmHg eivät riitä synnytyksen edistämiseen. Heikko supistus on usein seurausta sikiön virheasennosta, ahtaasta lantiosta tai kohdun ylivenymisestä. Liian voimakkaiden supistuksien seurauksena sikiön riski altistua hapenpuutteelle kasvaa. (Uotila & Tuimala 2004, 481–482.)

Synnytys on estynyt silloin, kun tarjoutuva osa ei etene synnytyskanavassa voimakkaista supistuksista huolimatta. Ilmiö pitäisi voida tunnistaa aikaisessa vaiheessa siitä, että tarjoutuva osa ei saavuta lantion reunaa eikä kiinnity supistuksien ollessa siihen riittävät. Tilanteen taustalla ovat mm. lantion sopimattomuus tai sikiön suurikokoisuus, suuri pää tai virhetarjonta (olkapää tai otsatarjonta). Tilanteen havaitsemista helpottaa tieto aikaisempien synnytysten ongelmista. (Williams 1993, 401–402.)

Sikiö on poikkitilassa, mikäli yläaukeamasta tai sen yläpuolelta ei löydy tarjoutuvaa osaa. Poikkitilassa synnytys ei myöskään edisty. Monisyntytyksellä poikkitila voidaan kääntää pitkittäistilaksi, jolloin alatiesynnytys on mahdollista. Keisarileikkaus on väistämätön silloin, kun poikkitilan taustalla on etinen istukka tai sikiöanomalia. Otsatarjonnassa sikiön pää on ojennusryhdissä, jolloin se ei mahdu syntymään. Napanuoratarjonnassa napanuora on tarjoutuvan osan edessä tai sivulla lisäten riskiä komplikaatiolle. 0,5 %:ssa synnytyksistä esiintyy napanuoran esiinluiskahdus, jolloin alatiesynnytys lopetetaan nopeasti keisarileikkauksella. Jatkuva sikiövalvonta edistää synnytyksen aikaisten komplikaatiotilanteiden huomaamista. (Uotila & Tuimala 2004, 482–484.) Mikäli äidillä on vastaanotolle tullessaan voimakasta ja jatkuvaa kipua tai verenvuotoa, selvitetään sikiön vointi ja istukan kiinnittyminen ultraäänien avulla. Kipu voi johtua etisestä istukasta, johon liittyvä verenvuoto on tyypillisesti kirkasta ja liittyy supistuksiin, jota vastoin verinen ja limainen vuoto emättimestä (limatulpan irtoaminen) on usein ensimmäinen merkki synnytyksen käynnistymisestä. (Raussi-Lehto 2015, 224; Walsh 2017, 597.)

Ulkosynnyttimien, emättimen tai kohdunsuun sisältä tuleva niukka vuoto ilman supistuksia tai kipuja vaatii aina gynekologisen tutkimuksen. Runsas vuoto on aina obstetrinen hätätila ja vaatii kiireellisen sairaalahoidon. (Saarikoski 1992, 81–82.) Verenvuoto aiheutuu 31 %:n osauudella etisestä istukasta ja 22 %:ssa tapauksista istukan ennenaikaisesta irtoamisesta (Crafter & Brewster 2014, 229). Etinen istukka jaetaan kolmeen tai neljään luokkaan sen mukaan, kuinka suuri osa istukasta peittää kohdunkaulan. Alas kiinnittynyt istukka ja marginaalinen eli reunaetinen istukka eivät yleensä ole este alatiesynnytykselle, jota vastoin partiaalinen eli osittain etinen istukka ja täydellinen eli sentraalinen etinen istukka ovat ehdoton vasta-aihe alatiesynnytykselle istukan tukkiessa synnytyskanavan. Kohdun istminen (= alakolmannes) osa kasvaa vasta 28. raskausviikon jälkeen, joten istukan aiheuttamat vuodot alkavat ilmetä aikaisintaan tässä vaiheessa. Supistusten estohoito ja lepo ovat ensisijaisia hoitokeinoja vuotojen rauhoittamiseen. (Saarikoski 1992, 81–83.)

Istukan kiinnittymishäiriö on äidin henkeä uhkaava raskauskomplikaatio, johon liittyy massiivisen verenvuodon riski. Istukan kiinnittymishäiriössä istukan villukset voivat kiinnittyä kohtulihakseen (placenta accreta), työntyä kohtulihakseen (placenta increta) tai työntyä koko kohtulihaksen läpi vieruskudoksiin saakka (placenta percreta). Istukan kiinnittymishäiriötä lisäävät aiemmat keisari-leikkaukset ja mm. etinen istukka. (Tikkanen & Kalajoki-Helmiö 2017, 1634–1638.) Toistuvat sektiot lisäävät komplikaatioiden esiintymistä, koska aikaisempien sektioiden määrän kasvaessa ar-pialueen koko kasvaa lisäten poikkeavan kiinnittymisen riskiä. Ongelmat esiintyvät loppuraskaudessa ja synnytyksessä (Nyberg & Tihtonen 2014, 464, 467).

Sikiökalvot voivat revetä jo ennen synnytyksen alkamista tai milloin tahansa synnytyksen aikana. (Cassidy 1993, 156.) Valtaosalla synnyttäjistä (85 %) kalvojen repeäminen tapahtuu kohdunsuun ollessa auki 9 cm tai enemmän. Ulos virtaava lapsivesi on helppo havaita, jos lapsivettä on kohdussa normaali määrä eikä sikiön kiinnittyminen estä virtausta. (Walsh 2017, 597.) Tällaisessa tapauksessa synnyttäjä pystyy todennäköisesti kertomaan lapsivedenmenon ajankohdan, runsauden, hajun ja värin (McKinney ym. 2000, 362–363). Lapsivedenmeno voidaan tarvittaessa varmistaa mittaamalla emättimen pH-arvo tai tekemällä PROM -pikatesti. (Morris 1999, 362; Saarikoski 2004, 419; Uotila & Sikkinen, 2009, viitattu 13.9.2017.) Lapsivesi on normaalisti kirkasta tai harmahtavaa, punainen väri kertoo verenvuodosta ja vihreä lapsivesi on merkki ulosteesta lapsivedessä. Myös haju antaa viitteitä poikkeavuuksista ja kielii tulehduksesta. (Raussi-Lehto 2015, 223.)

2.4 Synnytysvastaanotolla huomioitavat komplikaatiot

Synnytyksen käynnistyessä arviolta 70 – 80 % äideistä luokitellaan matalan riskin synnyttäjiksi, joiden synnytys käynnistyy spontaanisti raskausviikolla 37 – 42 sikiön pää ollessa tarjoutuvana osana (WHO 2017b, viitattu 27.12.2017). Synnytyksen kannalta riskiä lisäävät mm. äidin korkea ikä, lapsen syntymäpaino (yli 4.5 kg), sikiön perätila, kaksoisraskaus, syntymä ennen 37. tai 42. raskausviikon jälkeen, äidin diabetes ja korkea verenpaine, aikaisempi keisarileikkaus, sikiökalvojen ennenaikainen puhkeaminen, poikkeava lapsivesi tai kohdun repeäminen (Murray & Huelsmann 2009, 31; Uotila 2015, 352–356). Operatiiviset toimet ja vastasyntyneen ongelmat (mm. pienipainoisuus ja enneaikaisuus) kasautuvat korkean ja erittäin korkean riskin synnytyksiin (Anand, Mansukhani, Gujral & Pradhan 2015, 3). Suomessa vuonna 2016 syntyneistä lapsista 5,6 % syntyi ennen raskausviikkoa 37⁺⁰, näistä ennenaikaisista 0,7 % syntyi ennen raskausviikkoa 32⁺⁰ ja 0,2 % ennen raskausviikkoa 28⁺⁰ (Käypä hoito -suositus, 2018).

Uhkaava ennenaikainen lapsivedenmeno ja synnytys

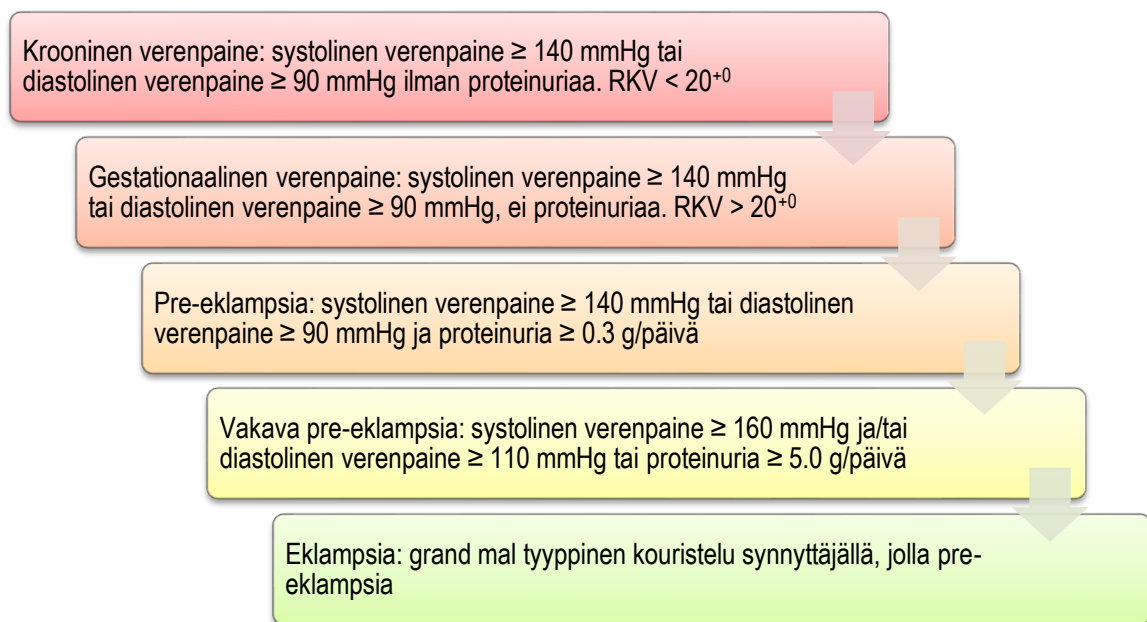
Uhkaava ennenaikainen synnytys on yksi äitiyshuollon haasteista, koska ennenaikaisilla ja pienipainoisilla vastasyntyneillä esiintyy eniten vastasyntyneisyyden ongelmia mm. intraventrikulaarista verenvuotoa, RDS-syndroomaa, CP-vammoja, sokeutta ja kuuroutta, infektoita, hypoglykemiaa, hypotermiaa, keltatautia sekä menehtymisiä (Saarikoski 1992, 73; Chapman 2003, 123). Raskauden aikana ennenaikaista synnytystä ennakoivat enneaikainen kalvojen puhkeaminen, monisikiöinen raskaus, verenvuoto ja kohdun supistelu. 10 – 15 %:ssa tapauksista kyse on obstetrisesta hätätilasta, joka vaatii välitöntä synnytystä. (Saarikoski 2004, 417). Ennenaikaisista synnytyksistä 22 – 44 % selittyy kohdunsisäisellä infektiolla (Ekholm & Alanen 2012, 3762–3).

Noin joka kymmenessä täysiaikaisessa raskaudessa esiintyy ennenaikainen lapsivedenmeno (pre-mature rupture of membranes, PROM), jossa sikiökalvot puhkeavat ennen synnytyksen käynnistymistä (Ekholm & Alanen 2012, 3762). PROM nostaa ennenaikaisen synnytyksen todennäköisyyden 30 – 40 %:n (Chapman 2003, 124; Ekholm & Alanen 2012, 3762). Erittäin ennenaikaisessa vedenmenossa (PPROM) kalvot puhkeavat ennen 37. raskausviikkoa ilman kohdun supistusaktiivisuutta tai kohdunsuun aukeamista (Crafter & Brewster 2014, 239). Kohdunsisäinen bakteeritulehdus eli korioamnioniitti tarkoittaa sikiökalvojen ja istukan tulehdusta, joka kehittyy useimmiten emättimestä nousevana tulehduksena ja siihen liittyy usein sikiökalvojen puhkeaminen. Bakteeritulehdus aiheuttaa ennenaikaisen synnytyksen käynnistymisen mm. interleukiini- ja prostaglandiini-vaikutusten kautta. Bakteeri-invaasio lapsivedessä esiintyy 40 %:ssa PPRM-tapauksista (Ekholm & Alanen 2012, 3762–3). Kohdunsisäisessä bakteeritulehduksessa äidin oireita ovat kuume, kohdun aristus, supistukset ja takykardia. Sikiön syke on yli 160 lyöntiä minuutissa. Tulehdukseen voi liittyä pahanhajuinen vuoto tai haiseva lapsivesi, mutta se voi olla myös varsin oireeton aiheuttaen vain lapsivedenmenon tai supistuksia. Usein tulehdus käynnistää synnytyksen ja pahimmillaan se johtaa vakavaan sikiön hapenpuutteeseen tai kohdunsisäiseen kuolemaan. Korioamnioniitin hoito on suonensisäinen antibiootti ja synnytys. Lapsiveden mentyä vältetään sisätutkimusta, koska sen on osoitettu lisäävän kohdunsisäisiä tulehduksia (Ekholm & Alanen 2012, 3762–3765).

Pre-eklampsia

Noin 15 %:lla odottavista äideistä todetaan loppuraskauden aikana verenpaineen nousua. Verenpaine on raskaudenaikana koholla, jos se on 140/90 mmHg tai enemmän. Jos verenpaineen nousu todetaan ennen 20. raskausviikkoa, sen katsotaan johtuvan kroonisesta verenpainetaudista. Tämän jälkeen verenpaineen kohoamisen katsotaan johtuvan raskaudesta eli olevan raskauden indusoima eli gestationaalinen verenpaineen nousu. (Kaaja & Luoto 2004, 34; Saarikoski 1992, 77–

81.) Pre-eklampsiaa korkeaan verenpaineeseen liittyy proteinuria ja/tai turvotus. Kohonneen verenpaineen ja pre-eklampsian hoidon tavoitteena on turvata sikiön kehitys ja syntymä sekä estää eklampsia eli kouristelut. (Saarikoski 1992, 77–81.) Suomessa pre-eklampsian esiintyvyys on 2,5 %, maailmanlaajuisesti jopa 8 %. Merkittävä osa kehittyvien maiden äitikuolleisuudesta ja sairastavuudesta johtuu pre-eklamsiasta (Easter, Cantonwine, Zera, Lim, Parry & McElrath 2016). Kuvio 6 kokoaa pre-eklampsiaan liittyvät käsitteet. (Villa 2017, 11.)



KUVIO 6. Pre-eklampsian määrittelyt (mukaillen Villa 2017, 15)

Perinataaliset virus- ja bakteeri-infektiot

Vaikka Suomessa osa virustaukeista on saatu hävitettyä tehokkaan rokotuskäytännön sekä hyvän hygienian ja ennaltaehkäisyn kautta, niin lisääntynyt matkailu, pakolaisvirrat sekä suonensisäisen huumeidenkäytön laajeneminen ovat viime aikoina lisänneet sikiön riskiä taudinaiheuttajia vastaan. Raskaudenaikaiset infektiot voivat johtaa ennenaikaiseen synnytykseen ja aiheuttavat arviolta 2 – 3 % kaikista vastasyntyneiden sairauksista ja kehitysvammaisuudesta. (Ämmälä 2004, 542.) Sikiö voi infektoitua synnytyksen yhteydessä veren tai äidin emätineritteiden kautta. Osa tartunnoista voidaan ehkäistä perinataalisesti, synnytystavan suunnittelulla ja vastasyntyneen varhaisella hoidolla. (Luoto, Ruuskanen, Holmberg, Waris, Peltola & Lehtonen 2014, 2014, 2072.) Merkittävimmät vastasyntyntä uhkaavat infektiot, niiden ehkäisy ja tartuntariski on esitetty taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Vastasyntyneen tavallisimmat perinataaliset infektiot (mukaillen Luoto ym. 2014; Terveyskylä.fi 2018, viitattu 17.3.2018)

Infektiot	Ehkäisy	Tarttumisriski
Hepatiitti B (HBV)	Raskausajan seulonta. Antiviraalinen lääkitys, jos äidillä aktiivinen tauti. Verivarotoimet synnytyksessä. HBsAg-positiivisen äidin lapselle hepatiitti B -immunoglobuliini. Rokotesarja vastasyntyneelle	Tarttumisriski ilman suojaa vastasyntyneelle on 90 % HBeAg-positiivisilla äideillä ja 10–15 % negatiivisilla äideillä
Hepatiitti C (HCV)	Ei seulota rutiinisti. Voidaan ottaa riskitekijöiden perusteella tai äidin pyynnöstä, verivarotoimet synnytyksessä	< 5 %, 15–35 %, jos äidillä lisäksi HIV
HI-virus	Raskausajan seulonta. Synnytyksen suunnittelu. Äidin ja vastasyntyneen lääkitys. Synnytyksessä tsidovudiini-infusio	Hoitamattomana 20–40 %. Optimaalisella hoidolla < 1 %
Group B streptococcus (GBS)	Raskausajan seulonta. Antibioottiestohoito synnytyksen aikana kaikille äideille, joilla todetaan GBS. Jos GBS:a ei pystytä määrittämään synnytyksen alkaessa annetaan riskitekijöiden perusteella estolääkitys	GBS-kantajien lapsista 50 %:lle kolonisaatio, joista 1–2 % saa GBS-infektion. GBS-infektion esiintyvyys 0,4-1,0/1000, kuolleisuus 4-7 %

HBV (B-hepatiitti) on maailmanlaajuisesti merkittävin perinataalisesti tarttuva virus. Noin puolet kaikista HBV tartunnoista tapahtuu perinataalisesti synnytyksen yhteydessä viruksen kontaminoiman veren ja eritteiden välityksellä (Luoto ym. 2014, 2072). Tartunnan todennäköisyys vaihtelee 10 – 90 % välillä riippuen äidin viruskuorman määrästä. Tartunnan saanut vastasyntynyt jää useimmiten kantajaksi ja hänellä on lisääntynyt maksakirroosin ja maksasyövän riski taudin kroonistuessa. HBV seulonta tehdään Suomessa kaikille raskaana oleville. Yleisyyttä kuvastaa se, että vuonna 2011 seulonnoissa löytyi 86 B-hepatiitin kantajaäitiä. Vastasyntyneen syntymänaikainen vasta-ainehoito yhdessä rokotesarjan kanssa ehkäisee tartunnoista jopa 90 %. HBV-positiivisen äidin synnytystapa valitaan obstetrisin perustein (Ämmälä 2004, 556; Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 123, viitattu 15.3.2018; Luoto ym. 2014, 2072.) HCV (hepatiitti C) raskausaikainen näyte otetaan riskitekijöiden perusteella tai äidin toivomuksesta (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 124–125, viitattu 15.3.2018; Ämmälä 2004, 556). Synnytyksen aikaisessa hoidossa keskitytään vastasyntyneen suojaamiseen verikontaminaatiolta, joka voi tapahtua synnytyksen aikana mikroverinäytteen, scalp elektrodin asettamisen tai episiotomian yhteydessä. (Luoto ym. 2014, 2072).

HIV tarttuu äidistä veriteitse sikiöaikana, synnytyksen yhteydessä sekä rintamaidon välityksellä. Synnytyksen aikainen hoito sekä äidin oma ja vastasyntyneen lääkitys pienentävät tartuntariskiä alle 1 %:iin. Synnytystapa valitaan obstetrisin perustein, paitsi viruspitoisuuden ollessa suurempi kuin 1 000 kopiota/ml, jolloin suositellaan synnytystä keisarileikkauksella. (Luoto ym. 2014, 2073.) Ilman toimenpiteitä noin kolmannes HIV-tartunnan saaneiden äitien lapsista saa tartunnan. Tartuntaa voidaan tehokkaasti ehkäistä synnytyksen aikaisella lääkehoidolla. Vuonna 2011 äitiysneuvolaseulassa todettiin 22 HIV-infektiota, joista yli puolet oli tiedossa ennen raskautta. HIV kuuluu raskaudenaikaiseen seulontatutkimuksiin ja Suomessa ei ole tiedossa yhtään tartuntaa äidistä lapseen silloin, kun äidin HIV on ollut tiedossa ennen synnytystä. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 123, viitattu 15.3.2018.)

B-ryhmän streptokokki (*Streptococcus agalactiae*, GBS) on merkittävä vastasyntynyttä uhkaavan sepsiksen ja infektiokuolleisuuden aiheuttaja. GBS kolonisaatio on osana normaali flooraa arviolta 10 – 30 %:lla raskaana olevista naisista. 2013 alkaen THL on suositellut äitiysneuvoloihin bakteeriviljelyyn perustuvaa seulontaa kaikille synnyttäjille raskausviikoilla 35⁺⁰ – 36⁺⁶. Vastasyntynyt infektoituu äidin synnytyskanavasta, mutta vastasyntyneen sairastavuuden riski pienenee merkittävästi, jos kolonisoituneelle äidille annetaan synnytyksen yhteydessä mikrobiprofylaksia. Synnytyksen aikainen mikrobilääkeprofylaksia pohjautuu joko riskitekijöihin tai seulontaan. Seulontaa käytetään GBS-kolonisaation osoittamiseen synnytyksen yhteydessä, jos viljelyä ei ole ehditty tehdä tai sen tulos ei ole tiedossa. (Uotila & Lyytikäinen 2012, 3770; Kautiala, Jernman, Tammela, Vuento & Uotila 2014, 2781–2786.) Mikrobilääkeprofylaksia hoito kannattanee aloittaa heti lapsiveden mentyä, mutta viimeistään 4 tunnin kuluttua synnytyksen käynnistymisestä. Hoito jatkuu lapsen syntymään saakka. (Uotila & Lyytikäinen 2012, 3768, 3770; Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 124, 126, viitattu 15.3.2018; Kautiala ym. 2014, 2781–2786; Björklund & Saxén 2016.)

3 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TOIMINTAYMPÄRISTÖ

Tämä opinnäytetyö sisältää sekä tutkimuksellista että toiminnallista osuutta ja tuotteen kehittämistä. Tutkimuksellisen osuuden tarkoituksena oli selvittää OYS:n synnytysvastaanoton tulotarkistukseen liittyvät tehtävät ja kuvata synnytystä edeltävä vastaanottotilanne kätilöiden kuvaamana. Kätilöiden kuvaama tieto analysoitiin ja integroitiin kehitettävään tarkistuslistaan, joka kätilöiden tiedon lisäksi sisälsi evidenssiin perustuvaa tietoa. A4 -mallisen tarkistuslistan kohderyhmä oli synnytysvastaanoton kätilöt sekä vastaanottotyöhön perehtymässä olevat työntekijät ja kätilöopiskelijat. Lyhyen aikavälin kehitystavoitteiksi määriteltiin vastaanoton laadun parantaminen toimintojen yhdenmukaistuksessa ja nopeutuessa. Pitkän aikavälin kehitystavoitteita olivat potilasturvallisuuden ja asiakastytytyvyyden lisääminen. Tarkistuslistan käyttö rajattiin koskemaan $\geq 22^{+0}$ raskausviikolla vastaanotolle tulevia synnyttäjiä. Äitiyspoliklinikan vastaanotolle tulevien päivystys- ja ajanvarauspotilaiden tulotarkistus ei sisällynyt tämän opinnäytetyön alueeseen.

Opinnäytetyön tutkimuksellisessa osuudessa selvitettiin synnytysvastaanoton toiminnot kvalitatiivisin tutkimusmenetelmin, koska tutkitusta ilmiöstä haluttiin saada mahdollisimman syvälinen ja kokonaisvaltainen käsitys. Aineisto kerättiin synnytysosaston kätilöiltä kahdessa teemahaastattelussa. Haastatteluiden materiaali analysoitiin laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysimenetelmin teemoittelua käyttäen.

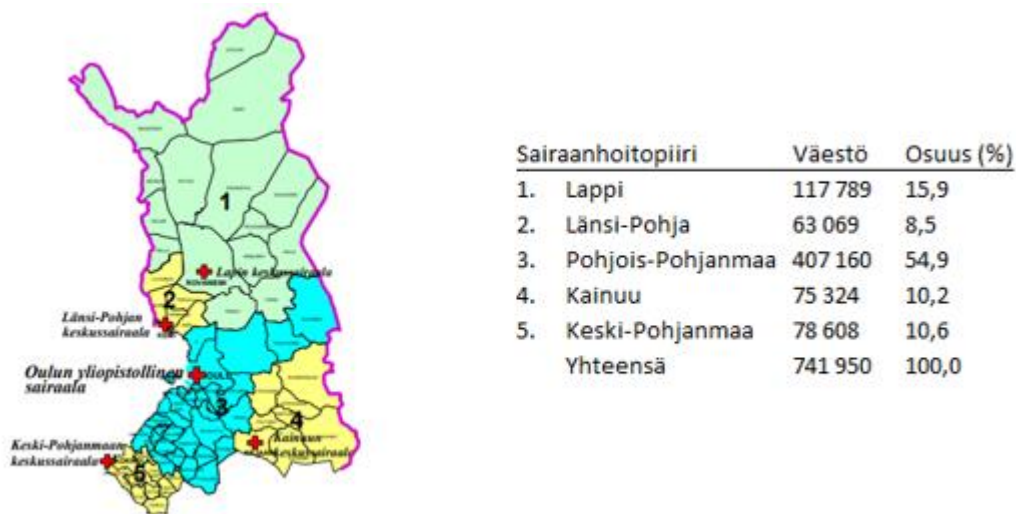
Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä olivat:

- Miten kätilöt arvioivat synnytyksen käynnistymisen tilaa ja sen edistymistä?
- Miten kätilöt arvioivat äidin ja sikiön hyvinvointia?
- Mitä muita toimenpiteitä kätilöt tekevät vastaanotolla?

Tarkistuslistan sisältö pohjautui kätilöhaastatteluiden tuloksiin, synnytysosaston dokumentteihin sekä alan kirjallisuuteen ja tutkimuksiin. Tarkistuslistan kehitystyö tehtiin yhteistyössä synnytysosaston asiantuntijoiden kanssa, jonka jälkeen tarkistuslistan käytöstä kerättiin kokemuksia pilottoinnin kautta. Pilottikäytön kokemukset kerättiin lomakehaastattelulla kvantitatiivisen tutkimuksen keinoin. Tarkistuslistalle ehdotettiin päivityksiä pilottikäytön palautteen perusteella. Opinnäytetyöhön liittyviä henkilökohtaisia tavoitteita olivat ammatillisen sekä projekti- ja tutkimustyöosaamisen kasvu.

Suomessa tapahtuneessa synnytyspaikan kehityksessä voidaan erottaa linjauksia, kuten kotisynnytysten siirtyminen sairaaloihin 90 %:n asti vuoteen 1950 mennessä sekä synnytysaikalaverkoston keskittyminen viime vuosikymmenien aikana. Muutosten myötä Suomen äitiys- ja perinataalikuolleisuus ovat maailman alhaisimpia. Nykyisen synnytysverkoston vahvuus tulee esille ympärivuorokautisen hätä- ja yllätystilanteiden hallinnassa, mikä onkin yksi kriittisimmistä synnytysyksikölle asetetuista vaatimuksista. Riskisynnytykset on keskitetty suurempiin synnytysyksiköihin ja yliopistosairaaloihin. Synnytysaikalaverkoston keskittämisen myötä synnytysyksikköjen koko on kasvanut ja määrä on vähentynyt siten, että vuonna 2010 yksiköiden määrä oli enää puolet vuoden 1975 tasosta. Kasvaneet välimatkat ovat lisänneet matkasynnytyksiä. (Tapper 2011, 10.) Vuonna 2017 Suomessa toimi 26 synnytysaikalaa, joissa hoidettiin yhteensä 53 614 synnytystä. Synnytysyksiköiden synnytysmäärät vaihtelivat HYKS:n 13 979 hoidetusta synnytyksestä alle tuhannen yksikön synnytysosastoihin. Syntyneiden lasten määrä on pienentynyt jo viisi peräkkäistä vuotta. (Heino ym. 2017, 1–2, 29.)

Kunnat vastaavat asukkaidensa erikoissairaanhoidon järjestämisestä 21:ssä sairaanhoitopiirissä, jotka kuuluvat jonkin yliopistosairaalan erityisvastuualueeseen. Erityistason hoitoa antavia yliopistosairaita ovat OYS, HYKS, TYKS, TAYS ja KYS. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018, viitattu 18.3.2018.) Oulun yliopistollisen sairaalan erityisvastuualue (erva) on maantieteellisesti laajin kattaen 51 % Suomen maa-alasta. OYS:n erityisvastuualueella kattaa 14 % maan väestöstä (741 950 henkeä 31.12.2015) ja sen erityispiirteinä ovat pitkät etäisyydet ja harva asutus. Kuviossa 7 on esitetty OYS:n erityisvastuualueeseen kuuluvat keskussairaalat, sairaanhoitopiirit sekä niiden väestöjakauma. (Korpelainen 2017, viitattu 17.4.2018.)



KUVIO 7. Oulun yliopistollisen sairaalan erityisvastuualue (Korpelainen 2017, viitattu 17.4.2018)

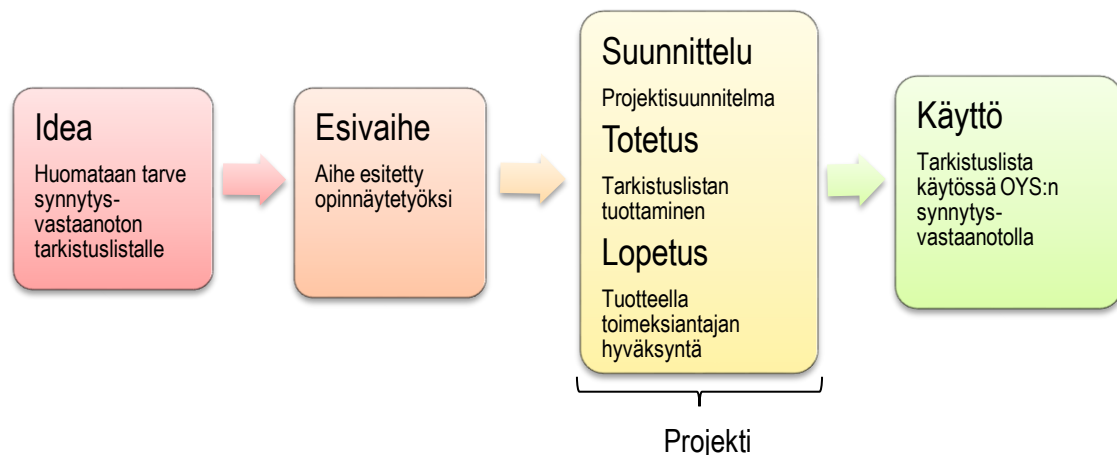
Oulun yliopistollisen sairaalan synnyttäjien vastaanotto sijaitsee B2 rakennuksen toisessa kerroksessa käsittäen 11 synnytyshuonetta, sektiosalin ja heräämön. OYS:n noin 50 kättilöä työskentelevät synnytysosaston lisäksi äitiyspoliklinikan vastaanotolla tehden yhteistyötä mm. synnytys-, anestesia- ja lastenlääkäreiden kanssa. Vuonna 2017 Oulun yliopistollisessa sairaalassa syntyi 3495 lasta, joista 83,5 % hoidettiin alateitse. Perätilassa olleiden sikiöiden osuus oli 0,2 % (8 vastasyntyntä), imukuppiulosottoja tehtiin 7,3 % ja keisarileikkauksella syntyi 16,5 % lapsista. 47:ssä synnytyksessä syntyivät kaksoset tai kolmoset. (PPSHP 2018a; PPSHP 2018b.)

Synnyttäjien keski-ikä on noussut ensimmäisen lapsen syntyessä yhä myöhemmin ja alati iäkäämpien synnyttäjien määrän kasvun myötä. Vuonna 2015 Pohjois-Pohjanmaalla synnyttäjien keski-ikä oli 30,1 vuotta, joka viidennen synnyttäjän olleessa yli 35-vuotias. Pohjois-Pohjanmaan (OYS:n alue) synnyttäjien erityispiirteenä on monisynnyttäjien muuta maata suurempi määrä. (Vuori & Gissler 2016, 25, viitattu 26.6.2018.) Monisynnyttäjän synnytykset sujuvat nopeammin ja usemmin alateitse ilman instrumentaalista puuttumista tai vaikeita repeämiä. (Raudaskoski & Gissler 2014, 1313–1316.) Toisaalta monisynnyttäjän obstetrisia erityispiirteisiin kuuluvat lievästi suurentunut riski verenpaineongelmiin, ennenaikaisuuden vaara, istukan ennenaikainen irtoaminen, muita useammin tapahtuvat synnytyksen käynnistykset sekä lisääntynyt vastasyntyneen perinataalikuoleman vaara (Raudaskoski & Gissler 2014, 1313–1316). Terveys 2000 -tutkimustuloksien mukaan pre-eklampsiaa (8,5 %) esiintyi Pohjois-Suomessa (OYS:n alue) merkittävästi enemmän kuin muualla Suomessa. Kohonneita verensokeriarvoja (12,1 %) mitattiin hieman muuta maata enemmän ja raskauden aikaista hypertoniaa (18,9 %) esiintyi saman verran kuin muuallakin. (Kaaja & Luoto 2004, 34–38.)

4 TARKISTUSLISTAN KEHITTÄMISTYÖN PROSESSIN KUVAUS

4.1 Kehittämistyön toteutus projektissa

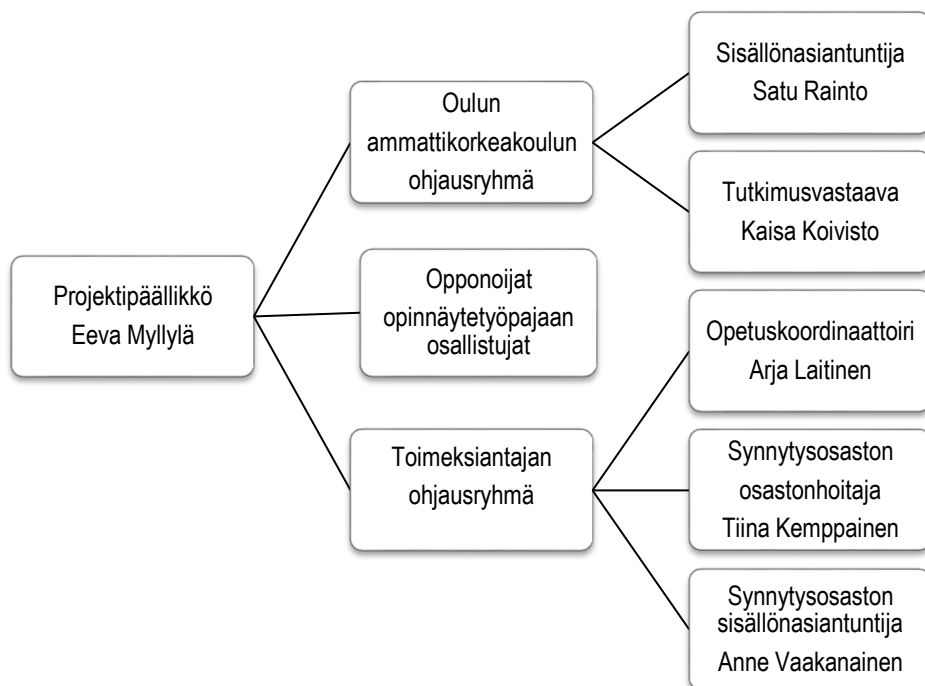
Projekti on ainutkertainen ja tavoitteista lähtöisin oleva prosessi, jolla on oma projektiorganisaatio, aikataulu sekä selkeästi määritellyt tavoitteet (Silfverberg 2007, 21–22). Projektista voidaan tunnistaa erilaisia vaiheita kuten, ideointivaihe, esivaihe, suunnittelu, toteutus, lopetus sekä hyväksikäyttö (Helakorpi 1999, 63). Projektin vaiheet on esitetty kuviossa 8.



KUVIO 8. Projektin vaiheet (mukaillen Helakorpi 1999, 63)

Projektin organisaatio

Tarkistuslistan tekemistä varten perustettiin projekti, jonka etenemistä seurattiin sovittuina aikoina. Sairaalayhteistyöllä ja katselmoinneilla varmistettiin lopputuotteen sopivuus tilaajan tarpeisiin. Tarkistuslistan tekemiseen tähtäävän projektin jäseniä olivat opinnäytetyön tekijä Oulun ammattikorkeakoulun kättilöopiskelija Eeva Myllylä sekä ohjausryhmät; OAMK:n ohjaavat opettajat lehtori Satu Rainto ja yliopettaja Kaisa Koivisto sekä toimeksiantajan edustajat OYS:n opetuskoordinaattori Arja Laitinen, OYS synnytysosaston sisällönasiantuntija Anne Vaakanainen ja OYS synnytysosaston osastonhoitaja Tiina Kemppainen. Projektipäällikkönä toimi tutkimuksen tekijä Eeva Myllylä, joka myös vastasi työn edistymisestä ja raportoinnista. Tukiorganisaatioon kuuluivat opponoiijat sekä opinnäytetyöpajaan osallistujat. Projektiorganisaatio on esitetty kuviossa 9.



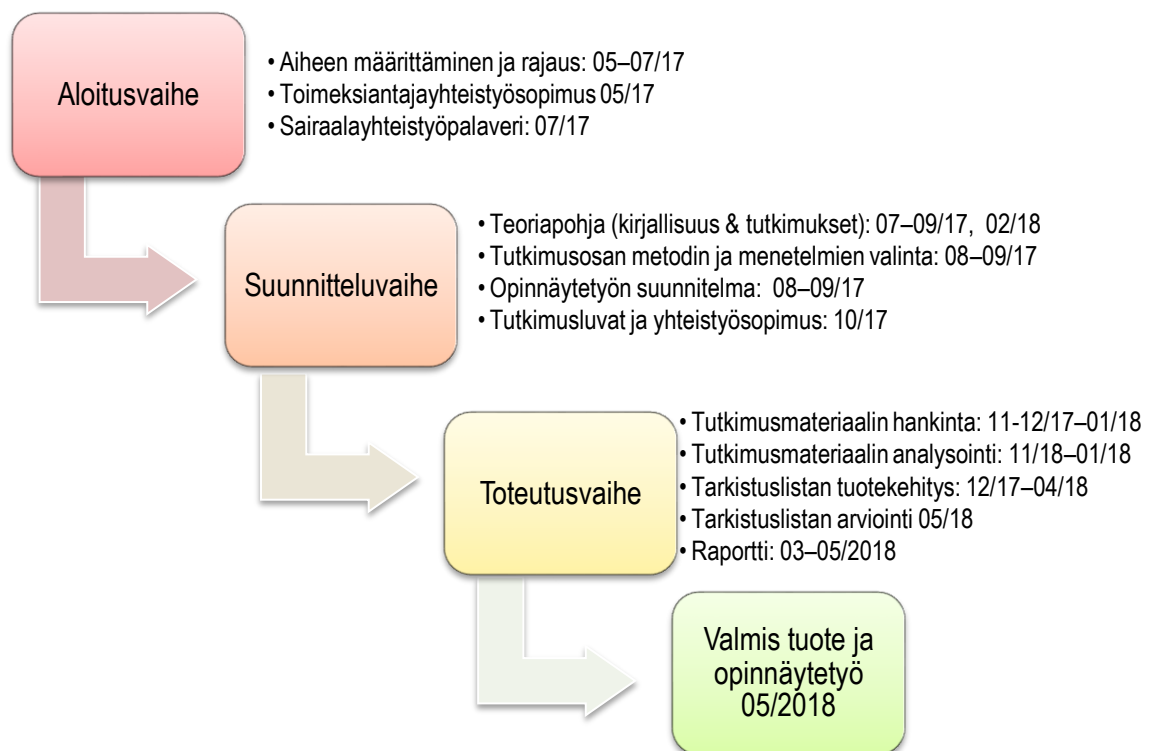
KUVIO 9. Projektioorganisaatio

Projektin aikataulu ja vaiheet

Tarkistuslistan kehittämistyö käynnittyi toukokuussa 2017. Yhteistyöstä sovittiin opinnäytetyöntekijän, Oulun ammattikorkeakoulun opettajien ja OYS:n yhteyshenkilöiden kanssa. Kehittämistyön tavoite oli A4 -kokoisen tarkistuslistan tuottaminen synnyttäjien vastaanotolle kättilöiden muisti- ja tukilistaksi. Aiheen alustavan määrittelyn pohjalta opinnäytetyöntekijä tuotti teoriakirjallisuuteen pohjautuvan opinnäytetyösuunnitelman. Heinäkuussa 2017 pidetyssä yhteistyöpalaverissa tarkasteltiin suunnitelmaa ja tarkennettiin työn rajausta niin, että tarkistuslistassa huomioitaisiin vain ne synnyttämään tulevat äidit, joiden raskaus on kestänyt yli 22⁺⁰ raskausviikkoa. Äitiyspoliklinikan vastaanotolle tulevat äidit eivät kuuluneet opinnäytetyö alueeseen. Loppukesällä 2017 opinnäytetyösuunnitelmaa päivitettiin mm. tarkentamalla aineiston hankinnan menetit (mm. teemahaastattelu ja sisällönanalysointi) ja määrittämällä kehittämistyön laatutavoitteet. Tuotteen laatuksiteereissa määriteltiin tuotteen ulkoasun, luettavuuden ja asiasisällön tavoitteet. Ohjausryhmä hyväksyi suunnitelman elokuussa 2017, jonka jälkeen tutkimukselle haettiin tutkimuslupa.

Kehittämistyön toteutusvaihe sisälsi kehittämiskohteen taustamateriaalin hankkimisen ja analysoinnin sekä tarkistuslistan tuotekehityksen. Taustamateriaali kerättiin järjestämällä kaksi kättilö-

haastattelua marras – ja joulukuussa 2017. Haastattelumateriaali analysoitiin sisällönanalyysin menetelmin. Materiaali käytettiin tuotteen kehitystyön pohjana. Tarkistuslistan 1. versiossa (liite 9) vastaanoton toiminnot esitettiin tulosityn mukaisissa ryhmissä. OYS:n osastonhoitaja ja opinnäytetyön sisällönasiantuntija katselmoivat tarkistuslistan ensimmäinen version tammikuussa 2018, jonka jälkeen tarkistuslistaa kehitettiin katselmointiprosessissa. Loppuvaiheessa osastonlääkäri kommentoi tuotetta ja esitti korjaustarpeet ennen tuotteen hyväksyntää. Hyväksytty tarkistuslista toimitettiin kättilöiden pilottikäyttöön toukokuussa 2018. Käytöstä kerättiin lomakemuotoinen käyttäjäpalaute kokemusten ja kehitysideoiden selvittämistä varten. Kuvio 10 havainnollistaa kehittämissä vaiheita.



KUVIO 10. Kehittämistyön vaiheet ja toteutunut aikataulu (Salonen 2013, 34, viitattu 20.4.2018; Ojasalo ym. 2015, 24)

Projektin riskianalyysi ja mahdollisuudet

Riskienhallinta tarkoittaa riskien tunnistamista, analysointia, priorisointia ja kontrollointia (Karlsson & Marttila 2001, 125). Riskien merkitys projektille riippuu riskien todennäköisyydestä ja vaikutuksesta. Riskienhallinnan toimenpiteitä ovat riskin poistaminen, todennäköisyyden pienentäminen, siirtäminen tai hyväksyminen sekä muutokset projektisuunnitelmaan. (Pelin 2011, 217–224). Liitteessä 1 on esitetty yhdistetty riskianalyysi ja riskienhallintasuunnitelma, jossa keskityttiin tarkastelemaan erityisesti aikataulu- ja laaturiskejä. Riskienhallintasuunnitelma sisältää suunnitellut toimenpiteet riskien välttämiseksi ja minimoimiseksi. Projektin riskianalyysia täydennettiin SWOT-analyysillä, jossa vahvuuksia ja heikkouksia tarkastellaan seuraavista näkökulmista: Strengths (sisäiset vahvuudet), Weaknesses (sisäiset heikkoudet), Opportunities (ulkoiset mahdollisuudet) ja Threats (ulkoiset uhat) (Fine 2009). Projektin SWOT-analyysi on esitetty kuviossa 11.



KUVIO 11. SWOT analyysi kehittämistyön riskeistä ja mahdollisuuksista

4.2 Aineistonkeruun ja analyysin suunnittelu

Opinnäytetyön tutkimuksellista osuutta olivat tarkistuslistan taustamateriaalin kerääminen ja analyysi sekä tuotteen pilotoinnin arviointikysely. Metodien valintojen lähtökohtana pidettiin sitä, että toiminnallisen opinnäytetyön tutkimuskäytännöt ovat samat, mutta raameiltaan väljemmät kuin tutkimuksellisen työssä (Vilkkä & Airaksinen 2004, 57). Lisäksi huomioitiin, että tutkimustehtävän ongelmat olisivat avainasemassa tutkimustyön tutkimusmenetelmää valittaessa. Tutkijan tuli myös olla itse vakuuttunut valintansa pätevyydestä. Edellistä tukivat tutustuminen aikaisempiin tutkimuksiin, kriittinen tarkastelu ja metodikirjallisuuteen perehtyminen. (Hirsjärvi ym. 2016, 132–137.) Seuraavissa kappaleissa esitellään aineiston hankinnan ja analysoinnin metodien valintaperusteita.

Kvalitatiivinen tutkimus soveltuu käytettäväksi silloin, kun tarkoituksena on ilmiön kokonaisvaltaisen tutkiminen ja todellisen elämän kuvaaminen. Tutkimuksen suunta on käytännöstä teoriaan. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kerätään yksityiskohtaisia tietoja useita tiedonkeruumenetelmiä käyttäen, kuten havainnoimalla, haastatteluiden avulla ja dokumentteja tutkien. (Kananen 2014, 22; Hirsjärvi ym. 2016, 132–135, 137, 161, 164.) Tukeutuen edellä esitettyihin Kananen (2014) ja Hirsjärven ym. (2016) perusteluihin, tarkistuslistan taustamateriaalin keruu suunniteltiin tehtäväksi kvalitatiivisena tutkimuksena. Lisäksi tutkimusnäkökulman valintaa tukivat alan aikaisemmat tutkimukset, joissa kvalitatiivista menetelmää oli käytetty tarkistuslistan kehittämistyön tukena. Esimerkkinä tästä on Rytkösen (2013) ryhmä- ja teemahaastatteluihin pohjautuva hätäsektion toimintamallin kehitys.

Metodikirjallisuuden mukaan haastattelu on mielekäs tapa laadullisessa aineiston tiedonkeruussa, kunhan tutkija tiedostaa menetelmän työläyden ja jatkoanalyysin vaativuuden. Haastattelutavat voidaan jakaa strukturoituihin (lomakehaastattelu), puolistrukturoituihin (teemahaastattelu) ja ei-strukturoituihin haastatteluihin (avoin haastattelu), joista kaksi viimeistä antavat syvällistä tietoa tutkittuasiasta ja soveltuisivat siten tämän tutkimuksen tiedonkeruuseen. Lomakehaastattelutulosten pinnallisuus katsottiin sen käytön esteeksi eikä menetelmää valittu käyttöön. (Metsämuuronen 2016, 113–115.) Teemahaastattelu on sovelias menetelmä silloin, kun tavoitteena on kerätä tietoa jostakin teemasta (Vilkkä & Airaksisen 2004, 63). Haastatteluteemat suunnitellaan huolella etukäteen, mutta haastattelutilanteeseen jätetään kuitenkin tilaa vaihdella sanamuotoja, painotuksia tai kysymysten järjestyksiä (Ojasalo, ym. 2015, 41). Haastattelija voi myös tarttua haastattelun aikana esille nouseviin vihjeisiin ja esittää niiden pohjalta jatkokysymyksiä (Kananen 2012, 62). Aineiston

keruumenetelmäksi valittiin teemahaastattelut, jotka suunniteltiin huolella etukäteen. Haastattelu-
hin liittyivät saatekirja kättilöille (liite 3) sekä teemahaastattelun suunnitelma (liite 4).

Teemahaastatteluiden määrää pohdittaessa huomioitiin, että kvalitatiivisen tutkimuksen yleispiir-
teenä on joustava luonne, joka mahdollistaa paluun prosessin aikaisempiin vaiheisiin tai joustavan
siirtymisen kenttätöön ja teoriapohdintojen välillä. Joustavuutta tarvitaan, sillä esimerkiksi haastat-
teluiden määrää voi olla vaikea määrittää etukäteen. Haastatteluita suunniteltaessa tulee huomi-
oida, että analysoitavan datan määrä voi muodostua melko suureksi, vaikka haastateltavien määrä
olisikin vähäinen. Analyysiä voidaan toteuttaa syklisenä prosessina ilman tiukkoja sääntöjä (Tuomi
& Sarajärvi 2004, 87–88; Hirsjärvi ym. 2007, 181–182; Kananen 2012, 30, 191, 100–101.) Edellisiä
ohjeita mukaillen tarkistuslistan aineistonkeruun suunniteltiin tehtäväksi kahdessa teemahaastat-
telussa, joiden lisäksi varauduttiin analysoitavan datan runsauteen varaamalla analyysiin aikaa
kuusi viikkoa. Analyysituloksen niin osoittaessa, oltaisiin oltu valmiita tekemään kolmas ns. vara-
haastattelu.

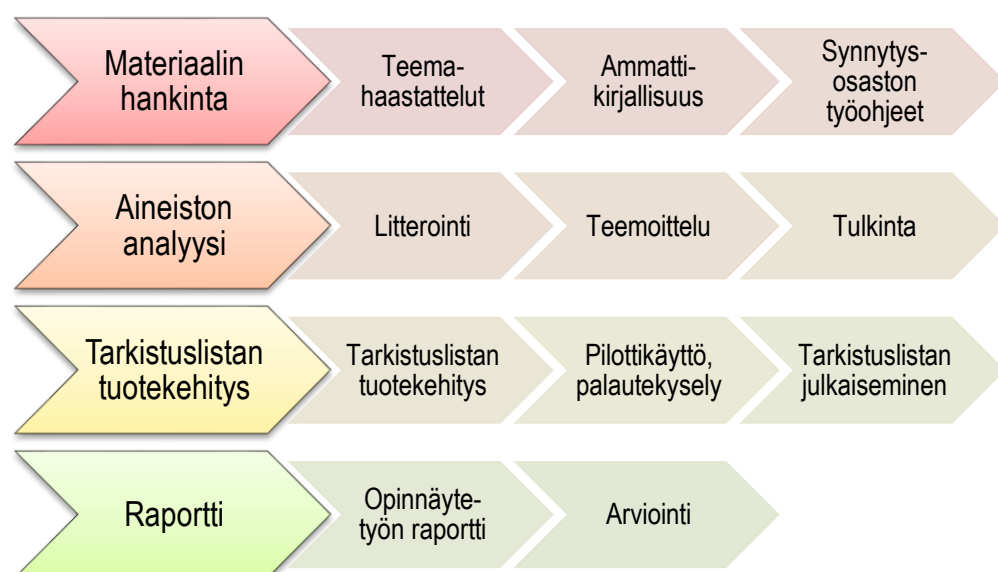
Analyysi tarkoittaa empiirisen tutkimuksen yhteydessä aineiston huolellista lukemista, tekstimas-
san järjestelyä, sisällön ja/tai rakenteiden erittelyä, jäsentämistä ja pohtimista. Analyysi voi olla
myös sisällöllisen aineksen luokittelemista esimerkiksi teemojen perusteella erityisesti silloin, kun
aineisto on koottu teemahaastatteluilla. Tällöin käsitellyt teemat löytyvät yleensä kaikista haastat-
teluista ja aineisto voidaan litteroinnin jälkeen järjestellä teemoittain. Teemojen muodostamisessa
voidaan käyttää esimerkiksi koodausta tai taulukointia. Koodauksessa aineistoon lisätään merkkejä
(esim. numerot, kirjaimet) tai tehdään jäsenteleviä merkintöjä ja luokitteluja värikynillä. Taulukoin-
nissa aineiston keskeiset seikat nostetaan esille ja niille voidaan luoda yhdistäviä nimittäjiä, tee-
moja. Analyysissä aineiston informaatioarvon tulisi lisääntyä aineisto tiivistyessä. Analyysi voidaan
kin nähdä tutkijan tulkintana, jossa yhdistyvät ajattelu, teoria sekä empiria. Selkeät, riittävän sup-
peat ja huolella määritellyt tutkimuskysymykset ovat analyysin suuntaviittoja osoittaen mitä aineis-
tosta poimitaan mukaan. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2009, viitattu 25.4.2018.) Analyys-
issä teemoja käsittelemällä etsitään vastauksia tutkimuskysymyksiin (Hirsjärvi & Hurme 2011,
141). Käytännössä teemoittain eteneminen tarkoitti, että jokaisen teeman alle kerättiin ne kohdat,
jotka materiaalissa käsittelevät kyseistä teemaa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2009, vii-
tattu 25.4.2018.)

Tarkistuslistan käyttökokemuksia suunniteltiin kerättävän kvantitatiivisin tutkimusmenetelmin loma-
kehaastattelulla. Metodikirjallisuuden mukaan määrällinen tutkimus valitaan käytettäväksi silloin,

kun tutkittavasta asiasta tarvitaan mitattavaa ja tilastollista numerotietoa. Aineiston kerääminen voidaan suorittaa mm. postitse, sähköpostitse, puhelimitse tai paikan päällä. Lomakkeessa tulee olla mukana vastausohjeet ja saate, jossa kerrotaan mitä varten tietoja kerätään. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 58–59.) Kyselytutkimusta suunniteltaessa määritellään tutkimuksen tavoitteet, mitattavat havaintoyksiköt ja niiden tavoitemäärä. Vaikka luotettavin tieto saataisiin mittaamalla halutut ominaisuudet koko perusjoukosta, niin usein tämän ns. kokonaistutkimuksen sijaan joudutaan turvautumaan perusjoukosta satunnaisesti valittuun otokseen, josta saadut tiedot yleistetään kattamaan koko perusjoukkoa. Osallistujien valinnan tulisi perustua satunnaisuuteen, jota vastoin otoksen koko määräytyy virhemarginaalin mukaan. (Ojasalo ym. 2015, 122–124.) Tarkistuslistan käyttökokemuksien keruu tehtiin kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmin, koska käyttäjien kokemuksista haluttiin kerätä numeerista ja mitattavaa tietoa. Tarkistuslistan arviointikysely on esitetty liitteessä 2. Kysely suunniteltiin tehtäväksi kokonaistutkimuksena kaikille pilottijakson aikana synnyttäjien vastaanotossa työskenteleville kättilöille ja kättilöopiskelijoille. Kokonaistutkimuksen käyttöä puolsi pienehkö osallistujamäärä. Kaksi viikkoa kestävä pilottikäyttö ja siihen liittyvä tiedonkeruu suunniteltiin toteutettavan toukokuun alussa 2018. Vastaustavoitteena oli saada 10 käyttäjäpalautetta.

4.3 Tarkistuslistan kehittämistyön toteutus

Tarkistuslistan kehittämistyön vaiheet on esitelty kuviossa 12 kehittämistyön ajoittuessa 12/2017 – 05/2018 väliselle ajalle.



KUVIO 12. Kehittämistyön toteutuksen osa-alueet (Salonen 2013, 34, viitattu 20.4.2018)

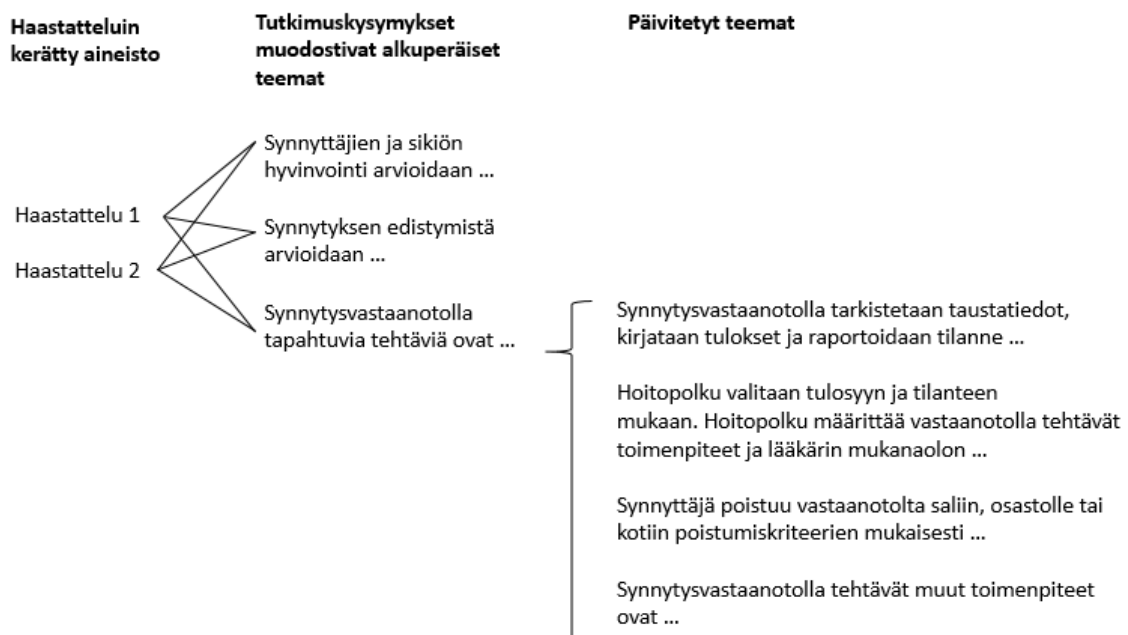
4.4 Aineistonkeruu ja sisällönanalyysi

Kätilöiden haastattelut toteutettiin teemahaastatteluina, joissa haastattelu eteni ennalta määriteltujen teemojen mukaisesti. Teemat pohjautuivat tutkimuskysymyksiin ja niiden avulla haettiin vastauksia siihen, miten kätilöt arvioivat synnytyksen edistymistä ja hyvinvointia sekä mitä toimenpiteitä kätilöt tekevät vastaanoton eri vaiheissa. Synnytysvastaanoton kätilöhaastatteluajat sovittiin synnytysosaston osastonhoitajan kanssa ja ne toteutuivat suunnitellusti 8 – 9.11.2017. Kätilöhaastatteluiden saatekirje on esitetty liitteessä 3. Osastonhoitaja valitsi haastatteluihin kaksi kätilöä, joilla oli tutkittavasta aiheesta mahdollisimman kattavasti tietoa. Etukäteen yhden haastattelun arvioitiin kestävän noin tunnin verran. Keskimäärin tämä toteutui, sillä ensimmäinen haastattelu (H1) kesti 46 minuuttia 30 sekuntia ja toinen haastattelu (H2) kesti 65 minuuttia. Haastattelun alussa haastatelluille kerrottiin heidän oikeutensa, tutkimuksen tarkoitus ja jatkotoimenpiteet. Taustatietoina kysytty työkokemus osoitti, että molemmilla haastatelluilla oli paljon tietoa tutkittavasta aiheesta. Molemmat haastattelut nauhoitettiin tutkimuksen luotettavuuden vuoksi. Haastatteluympäristö oli rauhallinen (synnytyssali) ja kyselyt vietiin alusta loppuun ilman keskeytyksiä tai häiriöitä. Haastattelut sisälsivät kaikki suunnitellut teemat, joskin aiheiden järjestystä vaihdeltiin keskustelun ehdoilla. Teemahaastattelukysymyksien ideointiin käytettiin alan kirjallisuutta ja tutkimuksia. Teemahaastattelun suunnitelma on esitetty liitteessä 4.

Toiminnallisen opinnäytetyön haastatteluiden litterointi kannattaa keskittää sellaiseen sisällön tuottamisessa tarvittavaan tietoon, joka on kohderyhmän näkökulmasta mielekästä (Vilkkä & Airaksinen 2004, 64). Asiantuntijoiden mukaan tunnin haastattelun litterointiin kuluu aikaa neljästä kymmeneen tuntia lähteestä riippuen (Hirsjärvi & Hurme 2011, 140). Tämän aineiston litterointi oli aluksi hitaampaa, mutta tekniikan ja kokemuksen myötä edellä esitetyt tavoiteajat toteutuivat. Litteroinnit tehtiin heti haastatteluiden jälkeen, jolloin keskustelut olivat vielä muistissa. Ensimmäisen haastattelun 46 nauhoitusminuutin litterointiin kului aikaa 11 tuntia työn jakautuessa kolmelle eri päivälle (8.11.2017, 10.11.2017 ja 13.11.2017). Kaksi ensimmäistä kuuntelukertaa tuottivat lähinnä joitakin hajanaisia merkintöjä, jonka jälkeen nauhoitusta alettiin kuuntelemaan pienemmissä erissä. Kolmannen kuuntelukerran jälkeen litteroitu teksti vastasi haastattelua lähes täydellisesti, joten viimeisen kuuntelukerralla voitiin keskittyä täydentämään epäselvät kohdat ja lisätä litterointisymbolit niihin kohtiin, joissa sana kuultiin edelleen epäselvästi (10 kohdassa). Haastattelu H1:n litteroinnin tuloksena oli 6 tekstisivua (Arial Narrow 12, rivinväli 1.5). Toisen haastattelun (H2) litterointi suoritettiin välittömästi haastattelun jälkeen 9 – 10.11.2017. Seitsemän tuntia kestävän litteroinnin aikana nauhoitus kuunneltiin kahdesti läpi ja sen tuloksena syntyi 8 sivua tekstiä (Arial Narrow 12, rivinväli

1.5). Litteroituun tekstiin jäi yksi epäselvä sana, joka tarkistettiin myöhemmin nauhalta. Tutkittavien taustatiedot sisällytettiin litteroituihin teksteihin anonymiteetin sallimissa rajoissa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2009, viitattu 25.4.2018).

Teemoittelussa jokaisen teeman alle kerätään ne kohdat, joissa käsitellään kyseistä teemaa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2009, viitattu 25.4.2018.) Tämän työn osalta teemojen käsittelyn toimintaperiaate on esitetty kuviossa 13. Teemoittamisen runkona olivat opinnäytetyön tutkimuskysymykset.



KUVIO 13. Teemojen käsittelyn prosessi (Tuomi & Sarajärvi 2002, 96)

Haastatteluaineiston analyysissä haastattelumateriaali käsiteltiin teemoittain siten, että jokainen tutkimuskysymys vastasi yhtä teemaa. Tällä tavalla tehtynä teemoittelun tulokseksi oli seuraavaanlainen: synnytyksen edistymisen arvio = 18 vastausta, äidin ja sikiön hyvinvoinnin arvio = 26 vastausta ja synnytysvastaanotolla tehtävät toimenpiteet = 90 vastausta. Käsittelyn helpottamiseksi alkuperäiset ilmaukset tiivistettiin (kts. liite 5), koodattiin ja siirrettiin taulukkoon. Koodit pohjautuvat siihen, mitä aineistosta nousi esille. Aineiston koodauksessa käytetyt merkinnät olivat seuraavat: l = kutsutaan lääkäri, m = mittaukset (sisätutkimus jne.), t = tiedot (esim. tulosten kirjaus), h = hoitopolku (esim. saapumissyynä verenvuoto). Edellisten lisäksi jokaiseen tapahtumaan liitettiin vastaanoton vaihe, jotka olivat vastaanotolle saapuminen, tulotarkistus ja vastaanotolta poistuminen.

Koodaus mahdollisti vastausten tarkastelemisen pienemmissä ryhmissä. Esimerkiksi synnytysvastaanotolla tehtävät toimenpiteet ryhmiteltiin seuraavasti: tiedot (26), hoitopolku (34), poistuminen (15) ja muut toimenpiteet (15). Kuvio 14 esittää taulukkonäkymän teemoihin jakamisen ja koodauksen aikana.

Sarakkeet B – G:
litteroitu aineisto on
sijoitettu teemojen alle

Toimintoihin on lisätty
koodaus (sarake H) ja
vastaanoton vaihe (sarake I).

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
		Synn. edistymisen arviointi	Hyvinvoinnin arviointi	Tiedot	Hoitopolku	Poistumiskriteeri	Muut toimenpiteet		
1	Tiivistetty ilmaisu								
2	Sisätutkimuksessa selvitetään kohdunsuun aukiolo ja arvioidaan tarjonta	x						m	Toimenpiteet
3	Sydänaaniäkäyrältä katsotaan supistusten kesto sikiön reagointi supistukseen		x					m	Toimenpiteet
4	Streptokokki pitää huomata tiedoista tai kysyä äidiltä			x				t	Toimenpiteet
5	Monisikiöraskaudesta informoidaan heti lääkäriä				x			h	Saapuminen
6	Saliin menevät ne, joilla synnytys on käynnissä					x		p	Poistuminen
7	Vertaistuki auttaa epäselvissä tilanteissa, kysytään jos vähänkin epäilyttää						x	m	Toimenpiteet

KUVIO 14. Esimerkki aineiston käsittelystä

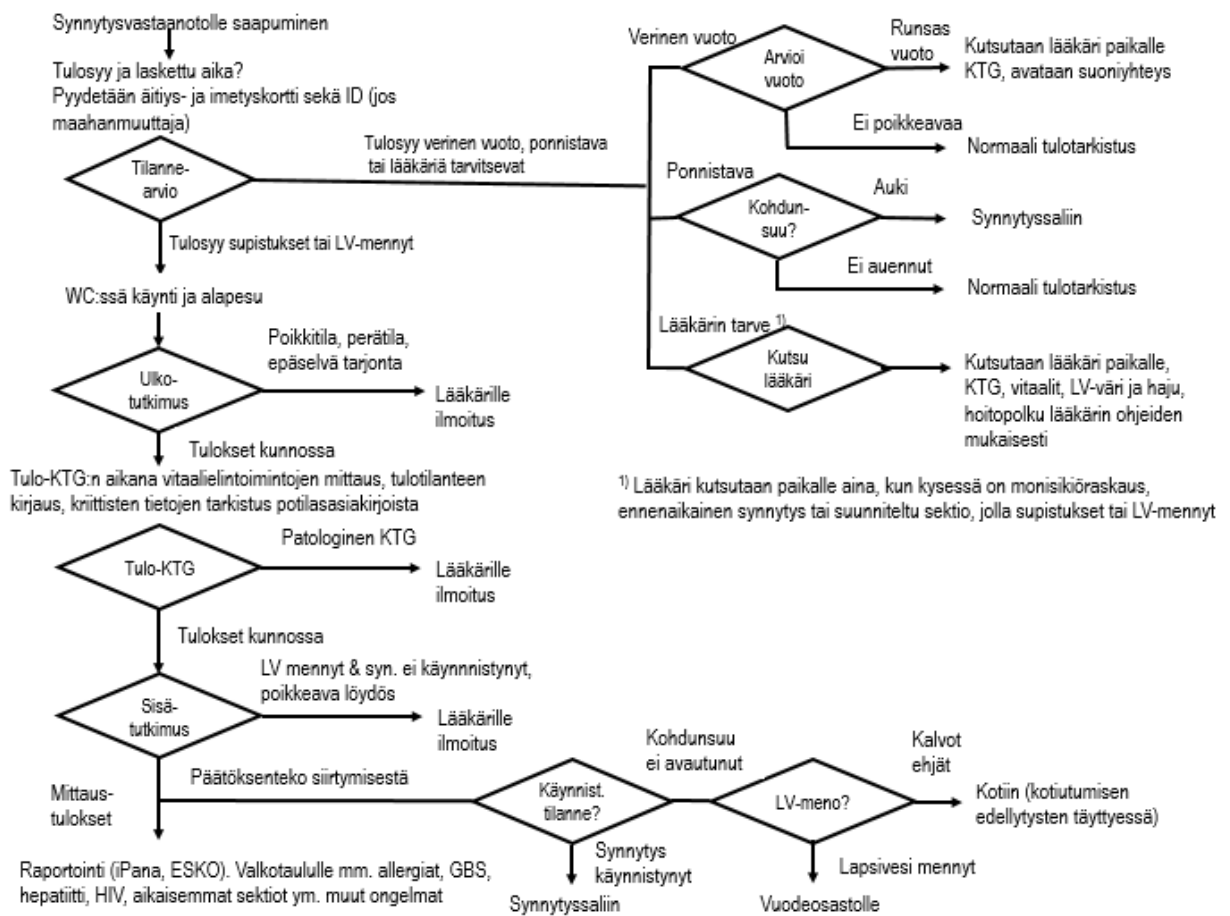
Analyysissä kaikki ilmaukset käytiin teemoittain läpi. Teemoittelussa edettiin henkilö henkilöltä ja teema kerrallaan, kunnes kaikki henkilöt ja kaikki teemat oli käsitelty. Analyysin tuloksena aineisto tiivistyi. Tulos antoi vastaukset tutkimuskysymyksiin. Kuvio 15 esittää teemojen sisältöä.

<p>Synnytyksen edistymisen arviointi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esitiedoista: supistuksien alkaminen, lv-meno (PROM) • KTG: supistuksien kesto • Ulkotutkimus: onko pää alaspäin, kiinnittyminen? • Sisätutkimus: kohdunsuun tilanne, tarjonta, lv-meno 	<p>Äidin ja sikiön voinnin varmistaminen</p> <ul style="list-style-type: none"> • KTG (sikiön syke ja reagointi supistuksille) • Äidin lämpö, verenpaine ja pulssi, vuodot, lv-väri • Esitiedot (äitiyskortti, tulotiedot) 	<p>Muut vastaanoton toimenpiteet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kirjaaminen ja raportointi (lpana, valkotaulu, suullinen raportti) • Hoitopolut • Muut toimenpiteet: wc:ssä käynti, eristykset, alapesu, vaatteiden vaihto, SYPE, tulkki jne.
--	--	---

KUVIO 15. Teemojen sisältöä

4.5 Aineistoanalyysin tulokset, johtopäätökset ja pohdinta

Analyysituloksien pohjalta tuotettiin prosessikuvi, joka kuvaa OYS:n synnytysvastaanoton hoitopolut. Prosessikaavio on esitetty kuviossa 16. Tämän lisäksi analyysituloksista koottiin yhteenvedot vastaanottovaiheittain (liite 6). Analyysin tulokset on esitetty tutkimuskysymyksittäin, jonka lisäksi saatuja tuloksia on tarkasteltu suhteessa alan ammattikirjallisuuteen sekä tutkimuksiin. Pohsintaa on myös tehty suhteessa WHO:n suosituksiin.



KUVIO 16. Prosessikuvaus synnytysvastaanoton toiminnoista

4.5.1 Kätilöiden arviot synnytyksen edistymisestä

Kätilöiden mukaan synnytyksen edistymistä arvioidaan synnytysvastaanotolla tehtyjen tutkimusten, synnyttäjän ulkoisen olemuksen sekä esitietojen perusteella. Synnyttäjältä kysytään heti vastaanotolle saavuttaessa supistusten alkamisajankohta, tulosyy ja lapsivedenmeno, muut esitiedot selviävät äitiyskortista. Kätilöt arvioivat synnytyksen edistymistä useilla tulotarkistuksen mittauksilla; Sisätutkimuksessa selvitetään kohdunsuun aukiolo (tärkein), supistuksien väli, tarjonta ja lapsivedenmeno ja ulkotutkimuksessa tarkistetaan, onko sikiön pää kiinnittynyt ja alaspäin. Uudelleensynnyttäjältä kysytään hänen tuntemuksensa synnytyksen edistymisestä. PROM-pikatestiä käytetään kalvojen eheyden selvittämiseen tilanteissa, joissa lapsivedenmeno on epäselvä. Haastatteluissa kätilöt kuvasivat synnytyksen edistymisen arviointia seuraavasti:

Sisätutkimuksessa selvitetään, paljonko kohdunsuu on auki, mitä tarjotaan ja onko lapsivesi mennyt.

Jos sisätutkimuksessa huomataan, että kohdunsuu on paljon auki ja supistaa tiheästi, niin siirretään saliin. Kiireellisyyden arviointi ensimmäisenä, eli millä nopeudella pitää siirtyä jonnekin päin arvioidaan ensimmäisenä.

Ssynnytyksen edistymisen arviointitulosten johtopäätökset ja pohdinta

Kätilöhaastatteluiden mukaan synnytyksen edistymisen arviointi perustuu tulotarkistukseen ja taustatietoihin. Synnytyssaliin siirtymisen merkittävin yksittäinen mittari on kohdunsuun aukiolon tilanne. Kun tarkastellaan kätilöiden kuvaamien tietojen vastaavuutta kätilötyön ammattikirjallisuuteen ja alan tutkimuksiin voidaan löytää sekä yhtäläisyyksiä että eroja. Yhtäläisyyttä on sisätutkimuksen merkityksellisyys synnytyksen edistymisen arvioinnissa (WHO 2017a, 21). Erot löytyivät tutkimusten sisällöissä ja laajuuksissa (Chapman 2003, 232; Raussi-Lehto 2015, 237, 240). OYS:n kätilöiden kuvaamana sisätutkimuksessa selvitetään kohdunsuun tila, vuodot ja sikiön kiinnittymisen, jota vastoin tarjoutuvan osan korkeutta tai synnytyksen edellytyksiä ei tarkastella. (vrt. Raussi-Lehto 2015, 237, 240.) Yhteenvedona voidaan todeta, että synnyttäjien vastaanoton tulotarkistus sisältää jatkohoidon ja hyvinvoinnin kannalta merkittävimmät tutkimukset, mutta ei ole täydellinen tutkimus. Edellisestä esimerkkinä voidaan käyttää taulukossa 2 kuvattua Chapman (2003, 232) esitystä sisätutkimuksen osa-alueista.

TAULUKKO 2. Sisätutkimuksen osa-alueet (Chapman 2003, 232)

Kohde	Tutkimukset
Ulkosynnyttimet ja emätin	Määritetään mahdolliset ongelmat esim. ympärileikkaus tai poikkeava haju
Kohdunkaula	Kohdunkaulan asento: taakse, keskellä, eteenpäin, lateraalisesti Tuntuma: pehmeä, kova, ohut, joustava Kiinteys: kiinteä, puolipehmeä, pehmeä Kohdun kaulakanavan pituus: ei hävinnyt, osittain hävinnyt, täysin hävinnyt Kohdunsuu auki (cm): kiinni, 1, 2... - 9 cm auki, 10cm tai kokonaan auennut
Tarjoutuva osa	Sijainti: ROA(right occipito anterior), ROP, LOP, POP Tarjoutuvan osan korkeus: -3, -2, -1, 0, +1, +2 Kiinnittyminen: kyllä / ei
Kalvot	Ehjäät / revenneet Neste: kyllä, ei, väri, määrä, +, ++, +++

4.5.2 Kätilöiden arviot synnyttäjän ja sikiön hyvinvoinnista

Kätilöt arvioivat äidin ja sikiön hyvinvointia tulotarkistuksen ja taustatietojen perusteella. Äitiyskortista tarkistetaan mm. raskausajan ongelmat ja potilastietojärjestelmästä nähdään edellisten synnytysten kulku. Tietoja täydennetään synnyttäjää haastatteleamalla. Kätilöiden mukaan kardiografia on keskeisin työväline sikiön hyvinvoinnin seurannassa. Noin 20 minuutin tulo-ktg:n aikana selvitetään sikiön sydänäänet ja supistuksiin reagoiminen. Poikkeava tulos saattaa olla merkki sikiön ahdingosta ja se ilmoitetaan aina lääkärille. KTG-arvioinnin tukena on kollegiaalinen vertaistuki, mikä onkin merkityksellistä tässä kokemuksta vaativassa tehtävässä. Sikiön voinnin arviointia tukevat ulko- ja sisätutkimus, joissa selvitetään sikiön asento ja tarjonta sekä mm. vuodot. Poikkeavassa tilanteessa (esim. ruskea lapsivesi) lääkäri arvioi tilanteen. Lisäksi tarvittaessa synnyttäjältä otetaan virtsanäyte infektioiden selvittämiseksi. Haastatteluissa kätilöt kommentoivat sikiön hyvinvoinnin arviota seuraavasti:

KTG:stä katsotaan supistusten kesto ja se, miten sikiö reagoi supistukseen.

Kätilöiden arviot äidin hyvinvoinnista perustuivat erilaisiin tulomittauksiin, havainnointiin sekä haastatteluun. Kätilöt selvittävät synnyttäjän taustatiedoista aina raskausviikot, infektiot, GBS, allergiat,

riskitiedot, raskauden kulun sekä edellisten raskauksien ja synnytyksien ongelmat. Tulotarkistuksen ulko- ja sisätutkimus, vitaalielintoimintojen mittaaminen sekä tarvittaessa virtsan seulontatutkimus antavat tietoa äidin hyvinvoinnista. Myös vuodot ja poikkeava turvotus huomioidaan. Tarvittaessa kätilöt neuvovat ja opastavat äitejä kivunlievennykseen tai synnytyspelkoon liittyen. Haastatteluissa kätilöt kommentoivat äidin hyvinvoinnin arviota ja taustatietojen keruuta seuraavasti:

Streptokokki ja synnytyspelkoiset pitää huomata tiedoista tai kysyä äidiltä.

Neuvolakortti pyydetään ovella. Kortista selvitetään monesko synnytys, raskausviikot, neuvola ja äitipolikäyntien määrät. Jos käyntejä on ollut paljon, niin voidaan kysyä tarkennus käyntien syystä. Tarkistetaan myös veriryhmäasiat, onko Rh -negatiivinen vai Rh -positiivinen ja infektiot (hepatiitti ja HIV).

Synnyttäjän hyvinvoinnin arvioimisen tuloksien johtopäätökset ja pohdinta

Kätilöiden haastatteluiden mukaan synnyttäjien hyvinvointia arvioidaan tulomittauksen, havaintojen ja esitietojen perusteella. Ulko- ja sisätutkimus, vitaalielintoimintojen mittaaminen sekä tarvittaessa virtsan seulontatutkimus kertovat äidin voinnista. Vastaukset ovat yhteneväisiä alan teoriakirjallisuuden kanssa, jonka mukaan yleistutkimus on osa vastaanottotarkistusta ja sen osa-alueita ovat sairaalayksikkökohtaisesti painon, lämmön, verenpaineen, pulssin sekä virtsa-arvojen mittaaminen sekä yleisilmeen tarkkailu. (Cassidy 1993, 158–159; Nice Guidance 2014; Pietikäinen, Väyrynen & Stefanovic 2015, 191–192; Raussi-Lehto 2015, 237.)

Tutkimuksia, joissa WHO:n synnytyksen hoidon ohjeistusta verrataan käytäntöön, löytyy mm. vuosilta 2004 ja 2011, jolloin ruotsalaistutkijat selvittivät verenpainemittausten yleisyyttä synnytysvastanotolla. Tuloksien mukaan vuonna 2011 verenpaine mitattiin äideiltä 95 %:sti, mutta lämpö tarkastettiin vain 8 %:lle tulijoista. (Sandin-Bojo, Larsson, Axelsson & Hall-Lord 2004, 210; Kvist, Rosenqvist & Sandin-Bojo 2011, viitattu 11.5.2018.) Koska äidin kuume nostaa aina myös sikiön lämpötilaa ja kasvattaa hapen tarvetta, niin lämmön säännöllinen mittaaminen on perusteltua (Murray, Huelsmann & Koperski 2011, 17). Sen yleisyys tulisi myös huomioida, sillä synnytyksen aikaisen kuumeen ($>38^{\circ}\text{C}$) esiintyvyys raskausviikoilla ≥ 36 on arvioitu esiintyvän 3 – 7 %:lla synnyttäjistä.

Sikiön hyvinvoinnin arviointiin liittyvä pohdinta

Kätilöiden kuvausten mukaan sikiön hyvinvointia arvioidaan sydänäänikäyrällä aina vastaanoton tulotarkistuksessa. Tämä vastaa useita ammattikirjallisuuden kuvauksia, mutta poikkeaa WHO:n ohjeistuksesta. Yhdenmukaisuudesta kertovat mm. Saarikosken (1992, 127) kuvaama 20 minuutin tulo-KTG-ajo osana synnyttäjän vastaanottoa. Tästä poiketen maailman terveysjärjestö ei käyttöä suosittele, vaan esittää synnytyksen alkuvaiheen tarkkailuun doppler -laitetta tai sikiöstetoskoopin käyttöä, silloin kun kyseessä on spontaanisti käynnistynyt alatiesynnytys ilman riskitekijöitä. Käytön rajoittamisen taustalla ovat kustannuksien ja tulkintaongelmien lisäksi KTG:n yhteys lisääntyneisiin instrumenttisyntytyksiin, keisarileikkauksiin ja interventioihin. (WHO 2018, 62–66, 73.) Suosituksen noudattaminen edellyttäisi tämän työn osalta tarkistuslistan sisällön päivitystä. Tilanne koskee kuitenkin lähes kaikkia Suomen synnytysyksiköitä ja vaatii siten laajempaa käytäntöjen tarkastelua. Taustatiedoista on hyvä muistaa ainakin, että Suomessa KTG:n käytön yleistyminen johtaa 70 -luvulle, jolloin se vähensi merkittävästi maamme perinataalikuolleisuutta. Tulkintaongelmien sekä sikiön asfyksian pelon seurauksena mm. imukuppiulosotot ja keisarileikkaukset yleistyivät nopeasti, tilanteen kuitenkin tasaantuessa 90-luvun alkuun mennessä. Nykyisin KTG on käytössä ajoittain tai jatkuvana lähes kaikissa Suomen synnytyksissä ja sen käytön tavoitteena on havaita ne tapaukset, joissa sikiön seuranta vaatii täydentäviä menetelmiä. Yhtä tärkeänä pidetään myös KTG:stä saatavaa tietoa kohdun supistuksista, jolloin liian tiheään tai harvoin tulevat supistukset voidaan havaita. KTG:n käytön haasteena on edelleen sen tulkinnan vaativuus: samankin käyrän arvio voi vaihdella asiantuntijan mukaan, virhetulkinnat ovat yleisiä ja muutoksiin saatetaan reagoida joko väärin tai ei ollenkaan. (Timonen & Erkkola 2004, 2417; Pallasmaa & Gissler 2016, 1860; Sarvilinna ym. 2016, 1336–1338.) Ristiriita WHO:n synnytyksen hoidon ohjeistuksen ja kaikille synnyttäjille tehtävän tulo-KTG ajossa vaatii laajempaa kannanottoa, jonka mukaan tarvittavat päivitykset voidaan aikanaan toteuttaa.

WHO:n synnytyksen aikaisen hoidon suositusten toteutumista ovat tutkineet mm. Sandin-Bojö ym. tutkijaryhmä (2004, 207), jotka tutkimuksessaan selvittivät myös korkean ja matalan riskin synnytyksien hoidon eroavaisuuksia. Tulokset osoittivat, että WHO:n suosituksia noudatettiin vain osittain, jonka lisäksi tutkijat suosittelevat, että KTG:n käyttämisessä erotetaan matalan ja korkean riskin synnytykset. (Sandin-Bojö ym. 2004, 207–210.) OYS:n kätilöiden haastatteluaineiston perusteella sydänäänikäyrä otettiin ajoittaisena normaalisynnytyksen yhteydessä ja jatkuvana erikseen määritellyissä tapauksissa. Tältä osin voidaan todeta, että OYS:n prosessi vastaa Sandin-Bojön työryhmän (2004) suosituksia. Lisäksi kätilöiden kuvaamat tilanteet vastaavat Iso-Britannian kansallisen

terveysjärjestön NHS:n (= National Health Service) ohjeistusta siitä, milloin lääkärikonsultaatio on aiheellista (Nice Guidance 2014, 22–24, 26).

Kätilöiden kuvausten mukaan GSB-pikatestillä selvitetään tarvittaessa äidin kantajuus. Tilanne pohjautuu hyvin teoriakirjallisuuteen, jonka mukaan B-ryhmän streptokokin synnytyksen aikainen hoito pienentää vastasyntyneen sairastavuuden riskiä merkittävästi. (Uotila & Lyytikäinen 2012, 3770; Kautiala ym. 2014, 2781–2786.)

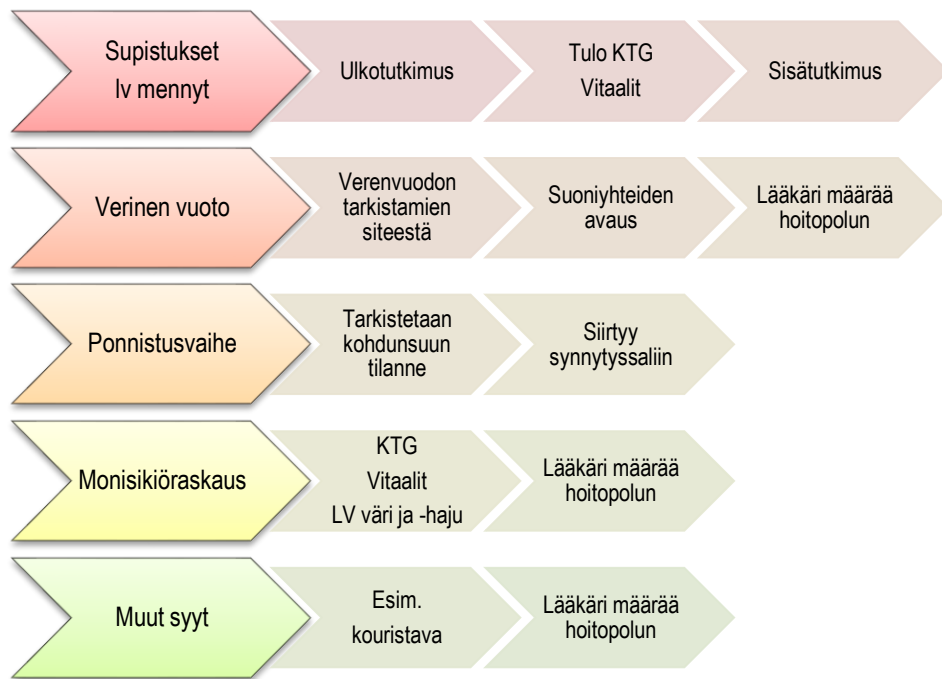
4.5.3 Synnyttäjien hoitopolut vastaanotolla

Vastaanoton kätilötyössä on erittäin merkityksellistä ymmärtää synnyttäjien erilaiset tilanteet sekä niiden vaikutus vastaanottotutkimusten sisältöön. Kätilöt arvioivat synnyttäjän tilannetta ulkoisen olemuksen, taustatietojen ja tulomittausten perusteella. Vastaanotolle saavuttaessa synnyttäjältä kysytään tulosy ja raskausviikot, jonka lisäksi kätilöt tarkistavat äitiyskortin tiedot. Esimerkiksi monisikiöraskaus tai ennenaikaisesti synnyttämään tulevat ilmoitetaan aina lääkärille. Muut aiheet konsultoida lääkäriä ovat mm. sikiön virheasento, verinen vuoto, poikkeava lapsivesi ja patologinen KTG-tulos. Synnyttäjän saapuessa kätilöt arvioivat tilanteeseen sopivan hoitopolun. Vastaanotto-työ etenee hoitopokun mukaisesti. Haastatteluissa kätilöt kommentoivat hoitopolkuja seuraavasti:

Moniraskaudesta informoidaan heti lääkäriä ja varsinkin jos on näyttää, että synnytys on käynnissä. Sydänäänikäyrä voi laittaa heti päälle.

Ennenaikaiset, joilla synnytys on käynnissä, ilmoitetaan lääkärille.

Kätilöiden kuvausten perusteella vastaanotolle saapuvat synnyttäjät voitiin ryhmitellä kuvion 17 mukaisesti.



KUVIO 17. Synnytysvastaanoton hoitopolut toimenpiteineen

Vastaanotolta poistuminen

Kätilöt kertoivat, että synnyttäjä siirtyy synnytyssaliin, vuodeosastolle tai kotiin tulotarkistuksen tulosten ja poistumiskriteereiden mukaisesti. Synnytyssaliin menevät ne, joiden synnytys on käynnistynyt. Synnyttäjää ohjataan aina vuodeosastolle, jos lapsivesi on mennyt, mutta synnytys ei ole kunnolla käynnistynyt. Kotiuttamisessa kätilö huomioi kotiuttamiskriteerit sekä synnyttäjän tilanteen (mm. matkan pituus ja suhtautuminen kotiin lähtöön). Kotiuttamisen yhteydessä kätilöt neuvovat ja ohjaavat synnyttäjää kotona pärjäämisessä. Vastaanottotapahtuman lopuksi kätilö raportoi havaitut asiat ja siirtää saliin menevien tiedot valkotaululle sekä tiedottaa salin hoitaa kätilöä tarvittaessa henkilökohtaisesti. Haastatteluissa kätilöt kommentoivat vastaanotolta poistumista seuraavasti:

Normaalitilanteessa vastaanoton kätilö tekee arvion, siirtyykö äiti synnytyssaliin, osastolle 11 vai lähtee vielä kotiin.

Saliin menevät ne, joilla synnytys on käynnissä.

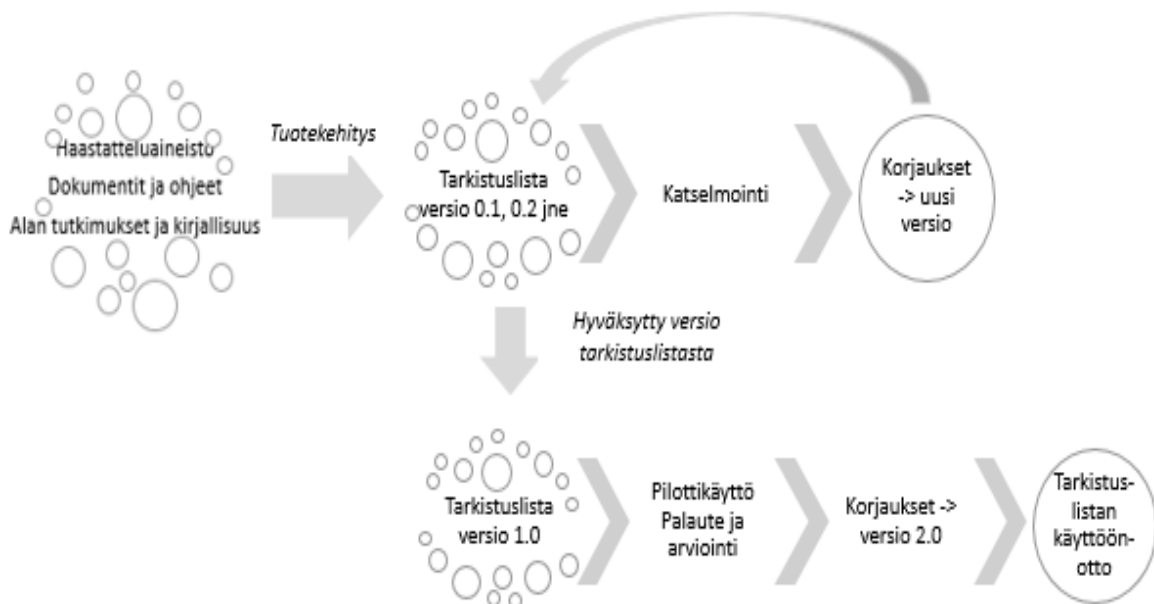
Synnytysvastaanoton hoitopolkuihin liittyvä pohdinta

Synnytysvastaanotolle saapumisen taustasyynä ovat yleisimmin supistukset, lapsivedenmeno tai verenvuoto. Hoito määräytyy tulosyyn mukaisesti. Syntymänaikainen kätilötyö on itsenäistä, kätilön omalla vastuulla olevaa hoitoa, johon kuuluvat myös poikkeustilanteiden havaitseminen, lääkärin konsultointi tarvittaessa sekä hätätoimenpiteet silloin kun lääkäri ei ole saatavilla (Raussi-Lehto

215, 217). Kätilöiden mukaan synnytysvastaanotolla lääkäriä konsultoidaan mm. monisikiöras-
kauksissa ja ennenaikaisissa synnytyksissä sekä poikkeavan lapsiveden tai patologisen KTG:n
vuoksi. Kätilöhaastatteluiden mukaan esimerkiksi vertavuotavalta tarkistetaan verenvuodon määrä
ja jos kyseessä on runsas vuoto, niin lääkäri kutsutaan paikalle, jonka jälkeen hoito jatkuu lääkärin
ohjeistuksessa.

4.6 Tarkistuslistan tuotekehitys

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tarkistuslista OYS:n synnytysvastaanoton käyttöön. Tarkis-
tuslistasta toivottiin A4 -kokoinen ohje yhdenmukaistamaan vastaanoton toimintoja. Tarkistuslistaa
kehitettiin yhdessä synnytysosaston henkilökunnan kanssa varmisteeksi näin sisällön oikeellisuus.
Tarkistuslistan kehityksessä tavoiteltiin dokumentoitua ohjetta joka kuitenkin jättäisi kätilöille itse-
näistä harkintavaraa ja mahdollisuuden toimia omien hyviksi kokemien käytäntöjensä mukaisesti
esimerkiksi työjärjestyksen suhteen. Synnytysvastaanotolla järjestettyihin katselmointeihin osallis-
tuivat opinnäytetyöntekijä, synnytysvastaanoton osastonhoitaja ja sisällönasiantuntija. Lopuksi
osastolääkäri kommentoi tuotetta. Katselmoinneissa esitetyt korjaukset pyrittiin tekemään aina vä-
littömästi palautteen saamisen jälkeen. Kuvio 18 havainnollistaa tuotekehityksen syklistä etene-
mistä kehittämistyön, katselmointien ja korjausten välillä.



KUVIO 18. Tuotekehityksen toimintamalli

Tarkistuslistan ensimmäinen versio (ver 0.1, kts. liite 9) oli tekstimuotoinen dokumentti, joka valmistui tammikuussa 2018. Se pohjautui pääasiassa kättilöiden kuvaukseen vastaanoton toiminnoista ja vastaanoton katselmoituun prosessikaavioon (kts. kuvio 16). Ensimmäisen version katselmointi korjaukset tehtiin taulukkopohjaiseen malliin (versio 0.2, kts. liite 10). Versiossa 0.3 tarkistuslistalle haettiin selkeämpää rakennetta, jonka vuoksi synnytysvastaanoton toiminnot jaettiin kolmeen osaan (vastaanotolle saapuminen, tulotarkistus ja vastaanotolta poistuminen). Versio 0.3 valittiin käyttöön katselmointipalaverissa 11.4.2018. Tämän jälkeen aikaisempia versioita ei enää päivitetty. Toteutuneet katselmoinnit on esitetty liitteessä 7. Tarkistuslistan tuotekehityksen loppuvaiheessa osaston lääkäri katselmoi tarkistuslistan ja esitti muutamia korjausehdotuksia. Kahden korjauskierroksen jälkeen tarkistuslistan toimitettiin synnytysvastaanoton kättilöille pilottikäyttöön. Pilottikäytön yhteydessä kättilöt antoivat palautetta tarkistuslistan käytön kokemuksista.

Pilottijakson käyttäjäpalautteen tulokset

Pilottikäytön arviointikyselyn tavoitteena oli kerätä kättilöiden kokemuksia ja kehitysideoita tarkistuslistan käytöstä. Kysely tehtiin kokonaistutkimuksena eli tiedot kerättiin kaikilta tarkistuslistan pilottijakson käyttäjiltä 17–23.5.2017 välisenä aikana. Palautteita saatiin yhteensä 16, joka ylitti tavoitemäärän. Vastanneiden taustatiedoista selvisi, että osallistujien työkokemus oli keskimäärin 14 vuotta. Suurin osa vastaajista työskenteli synnyttäjien vastaanotolla (SVO) joitakin kertoja (2-3) kuukaudessa (N=7). Viisi vastaajaa työskenteli SVO:lla harvemmin kuin kerran kuukaudessa ja kaksi vastaajaa työskenteli SVO:lla useammin kuin kerran viikossa. Yhteenveto tarkistuslistan arviointikyselyn tuloksista on esitetty liitteessä 8.

Tulosten mukaan tarkistuslista sisälsi tärkeimmät SVO:lla tehtävät toimet, tarkistuslistaa oli helppo käyttää ja sen sisältö oli helppo ymmärtää (N=15). Tarkistuslista sisälsi selkeät kokonaisuudet (N=15), jotka oli esitetty loogisesti (N=16). Suurin osa kättilöistä (N=11) koki tarkistuslistan käytön lisänsen vastaanottotyön yhdenmukaisuutta. Mielipiteet jakautuivat arvioitaessa ulkoasun selkeyttä ja listan yksityiskohtaisuutta. Kymmenen (N=10) kättilöä piti ulkoasua selkeänä ja koki tietojen löytämisen helpoksi, viisi (N=5) kättilöä oli osittain samaa mieltä. Vastaajista kaksi (N=2) piti listaa liian yksityiskohtaisena, viisi (N=5) vastaajista piti tarkistuslistaa osittain liian yksityiskohtaisena ja reilu puolet (N=9) vastaajista oli tyytyväisiä listan (yksityiskohtaisuuden) tasoon. Neljännes kättilöistä koki (N=4) tarkistuslistan käytön hidastaneen vastaanottotyötä.

Pohdintaa liittyen pilottijakson käyttäjäpalautteeseen

Käyttäjäpalautteen pohjalta tarkistuslistasta esitetään tehtäväksi ns. karsittu malli. Tekstimäärän vähentäminen lisäsi ulkoasun selkeyttä ja helpottaisi tietojen löytymistä. Samalla fonttikokoa voitaisiin suurentaa. Edellä kuvatut asiat nousivat esille arviointikyselyn vastauksista ja kätilöiden esittämistä kehittämisideoista, joista esimerkkeinä ovat seuraavat autenttiset lainaukset:

Enemmän listamaisesti tehtävät toimenpiteet, nyt paljon tekstiä yhden "ruksauksen" takana.

Teksti saisi olla suuremmalla kirjainkoolla.

Asiat voisi laittaa rankalaisilla viivalla ja lyhyesti :) esim. - sisätutkimus, -ktg.

Kätilöistä 62 % :koki, että vastaanottotarkistuksen sisältö pysyi samana kuin ennenkin. Koska 38 %:lla vastaajalla sisältö muuttui, niin voidaan todeta, että vastaanoton kätilötyön sisällössä on ollut vaihtelua tekijäkohtaisesti. Kehitysideoissa nostettiin aiheellisesti esille, että ovatko kaikki toimenpiteiden tarpeellisia kaikille tulijoille. Asia tulisi selvittää tarkistuslistan päivityksen yhteydessä. Asiaan liittyvä kommentti oli seuraavanlainen:

Voi miettiä tarvitaanko kaikista kävijöistä kaikkia tutkimuksia? Esim. jos käynnin syy on tarjonnan tarkistus?

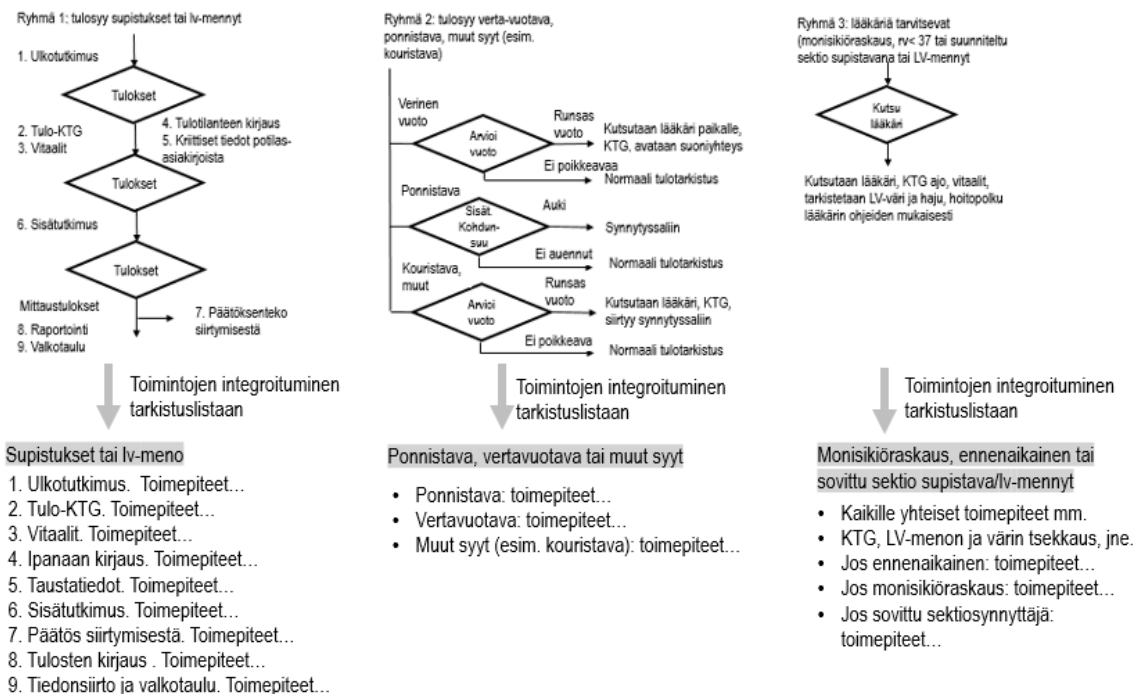
Kätilöpalautteiden mukaan tarkistuslista oli tarpeellinen uusi työkalu. Kätilöt myös mainitsivat, että tarkistuslista palvelee parhaiten uusia työntekijäitä, perehtyjä ja opiskelijoita. Kahdessa vastauksessa tarkistuslistaa oli käytetty perehdytyksen tukena ja kahdessa vastauksessa siitä oli ollut hyötyä. Neljässä perehdytyksessä tarkistuslistaa ei oltu käytetty. Käyttöä kannattaisi harkita, sillä sen kautta synnytysosaston hyväksi koetut käytännöt voidaan jakaa uusille työntekijöille. Kätilöiden kommentit tarkistuslistasta olivat seuraavat:

Tarkistuslista on hyvä.

Tarkistuslista palvelee parhaiten uusia työntekijäitä / perehtyjä / opiskelijoita. Muistuttaa hyvin myös kaikkia huomioitavista asioista :)

5 TULOSTEN INTEGROITUMINEN TUOTTEESEEN

Tarkistuslistan suunnittelussa hyödynnettiin haastatteluaineiston analyysituloksia (liite 6) ja prosessaaviota (kuvio 16). Tuotekehitystyössä määriteltiin ensin synnyttäjien tulotilanteet ja niihin liittyvät toiminnot, jonka tuloksena oli kolme synnyttäjryhmää (ryhmä A, B ja C) toimintoineen. Ryhmät integroituivat tarkistuslistaan kuvion 19 esittämällä tavalla.



KUVIO 19. Synnyttäjien tulotilanteiden mukaiset ryhmittelyt

Ryhmä A käsitti supistuksien ja lapsivedenmenon vuoksi vastaanotolle tulleet äidit. Heidän toimenpidelistassa oli seuraavat yhdeksän toimintoa: 1. Ulkotutkimus, 2. Tulo-KTG, 3. Vitaalit, 4. Ipanaan kirjaus, 5. Taustatiedot äitiyskortista ja potilasasiakirjoista, 6. Sisätutkimus, 7. Päätös siirtymisestä, 8. Tulosten kirjaus ja 9. Tiedonsiirto ja valkotaulu. Ryhmään B kuuluivat mm. ponnistusvaiheessa olevat (kiireelliset) ja verenvuodon vuoksi vastaanotolle saapuneet. Tämän ryhmän kohdalla tarkasteltiin erityisesti sitä, mitä haastattelumateriaalissa ilmeni hoitopoluista. Ryhmän C muodostivat

lääkäreitä tarvitsevat synnyttäjät. Kuvio 20 kuvastaa, miten ryhmän C tietojen haku tapahtui käytännössä taulukko-ohjelman suodatus toimintoa hyödyntäen.

Suodatus
sarakkeessa E
(Hoitopolku)

Suodatus
sarakkeessa H
(Koodaus)
I = lääkärin
tarve

	A	B	C	D	E	F	G	H
		Sym. edistymisen arviointi	Hyvinvoinnin arviointi	Tiedot	Hoitopolku	Poistumistoimenpiteet	Muut toimenpiteet	
1	Tiivistetty ilmaisu							Koodaus
10	Jos on sovittu sektio, niin lääkäri päättää jatkohoitopaikan, joka voi olla osasto tai tarkkailu synnytysosalissa				x			I
11	Lääkäri kutsutaan paikalle, jos pikkuvuokoinen, monikkoraskaus tai vertavuotava				x			I
12	Jos suunniteltu sektio tulee supistuksissa, niin siirretään huoneeseen, KTG päälle, kysellään tilanne ja katsotaan lapsivesi ja supistukset. Sitten soitetaan lääkärille				x			I
13	Jos on kaksoset, niin kutsutaan lääkäri. Muuten samat toimenpiteet, mutta lääkäri tarkistaa tarjonnat. Kohdunsuon tilanne tutkitaan nopeasti, jotta tiedetään millä tahdilla tulee edetä				x			I
29	Verenvuoto tarkastetaan katsomalla, jos vertavuotava, niin kutsutaan heti lääkäri paikalle.				x			I
31	Monisikiöraskaudesta informoidaan heti lääkäreitä ja varsinkin jos on näyttöä, että synnytys on käynnissä. Sydäntäänikäyrä voi laittaa heti päälle				x			I

KUVIO 20. Esimerkki hoitopolusta, jossa lääkäri kutsutaan paikalle.

Tarkistuslistan tuotekehitys koostui sekä sisällön ja rakenteen kehittämistyöstä. Sisällön oikeellisuutta tarkasteltiin ja korjattiin katselmoinneissa. Rakenteen kehitystyötä ideointi oli opinnäytetyöntekijän vastuulla. Tarkistuslistan tuotekehitys eteni siten, että tammikuun (19.1.2018) katselmoinnissa tarkasteltiin tarkistuslistan tekstimuotoista versiota ja maaliskuussa (1.3.2018) katselmoitava oli taulukkomuotoinen tarkistuslista. Taulukossa teksti-tilan niukkuus vaikutti tekstin määrään sitä vähentäen. Kirjasinkoko valittiin mahdollisimman suureksi. Tuloksena saatiin liitteen 11 mukainen tarkistuslista. Tämän jälkeen tarkistuslistan ulkomuotoa muutettiin vielä kerran siten, että toimenpiteet ryhmiteltiin synnytysvastaanoton vaiheiden mukaisesti. Typografisissa valinnoissa pyrittiin luettavuuteen mm. jättämällä kappaleiden väliin tilaa ja erottamalla vastaanoton vaiheet toisistaan värein. Suuraakkosia käytettiin harkiten, koska tavoitteena oli hillitty ja rauhallinen ulkoasu. (Itkonen 2012, 73–74; Virtanen 2012, 121.) katselmointien aikana toimintojen juoksevat numerot

korvattiin ruuduilla, koska niistä ajateltiin olevan hyötyä esimerkiksi työn etenemisen merkkauksessa. Numeroinnin poistamisen katsottiin myös tukevan kättilöiden yksilöllisiä työtapoja (työjärjestys vaihtelee kättilöstä riippuen).

Tilaajan hyväksymä tarkistuslista on esitetty liitteessä 11. Tarkistuslista sisältö koostui seuraavista osioista:

Vastaanotolle saapuminen: Esitiedot selvitetään neuvolakortista. Synnyttäjältä kysytään tulossyy, supistuksien alkamisaika ja raskauden kesto. Synnyttäjää pyydetään käymään wc:ssä ja tarvittaessa otetaan virtsanäyte. Kättilö valitsee hoitopolun tulotilanteen ja tilanteen kiireellisyyden mukaan.

Tulotarkistus: Tulotarkistus sisältää ulko- ja sisätutkimukset, sydänäänikäyrän ajon sekä vitaelintoimintojen mittaukset. Synnyttäjän tulotiedot selvitetään KTG-ajon aikana.

Vastaanotolta poistuminen: Tulokset kirjataan lpanaan ja valkotaululle. Salin hoitavaa kättilöä tiedotetaan tarvittaessa suullisesti. Vastaanotolta poistuminen tapahtuu poistumiskriteereiden mukaisesti, joiden mukaan synnyttäjä siirtyy synnytyssaliin, vuodeosastolle tai kotiin riippuen synnytyksen edistymisestä ja äidin ja sikiön voinnista.

6 KEHITTÄMISTYÖN ARVIOINTI

6.1 Kehittämistyön eettisyyden arviointi

Tämän opinnäytetyön kaikissa vaiheissa on toimittu eettisten periaatteiden mukaisesti siten, että tutkittavat pysyivät tuntemattomina, nimet koodattiin haastatteluiden jälkeen, haastatteluun osallistuville kerrottiin heidän oikeutensa ja oikeudesta kieltäytyä tutkimuksesta tai lopettaa osallistuminen sen missä tahansa vaiheessa. Aineistoa käsiteltiin ja säilytettiin huolellisesti ja aineiston analyysin valmistuttua haastattelunauhat ja paperimateriaali hävitettiin asianmukaisesti. (Soininen 1995, 129; Kylmä & Juvakka 2012.) Tämän opinnäytetyön tutkimuksellisen osuuden tutkimusmenetelmät ja tehdyt valinnat pyrittiin selostamaan huolellisesti. Alkuperäiset tulokset esitettiin sellaisena kuin ne on saatu ja havaitut puutteet tuloksissa ilmaistiin. Muiden tutkijoiden töitä ei plagioitu. (Hirsjärvi ym. 2007, 26.) Analyysiprosessi pyrittiin kuvaamaan siten, että lukijalla on mahdollisuus seurata analyysin etenemistä. Eettisen raportointimallin mukaisesti tutkimuksen kaikissa vaiheissa noudattiin avoimuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta. Oikeudenmukaisuuden periaatteiden mukaisesti kaikki tärkeät tutkimustulokset raportoitiin osallistujien anonymiteetin rajoissa. (Kylmä & Juvakka 2012, 144–155.)

6.2 Kehittämistyön luotettavuuden arviointi

Tutkimuksen luotettavuuden arviointi tarkoittaa selvitystä siitä, kuinka todenmukaista tietoa tutkimuksessa on tuotettu. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa käytettävät kriteerit ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2012, 127.) Uskottavuus on tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta ja sen osoittamista tutkimuksessa. Tässä opinnäytetyössä uskottavuutta vahvistaa saatujen tutkimustuloksien läpikäyminen sen työyhteisön asiantuntijoiden kanssa. Tulokset ikään kuin palautettiin tutkimuksen osallistujille paikkansapitävyyden arviointiin. (Kylmä & Juvakka 2012, 128.) Vahvistettavuuden arviointi liittyy koko tutkimusprosessiin ja edellyttää koko tutkimusprosessin kirjaamista siten, että sen seuraaminen pääpiirteissään on mahdollista. (Kylmä & Juvakka 2012, 129.) Raportissa kiinnitettiin erityisesti huomiota tehtyjen valintojen ja ratkaisujen läpinäkyvyyteen, jotta lukijalla olisi mahdollisuus seurata tutkimuksen kulkua ja valintojen perusteita. (Tuomi ja Sarajärvi 2004, 135–138 ; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, viitattu 25.4.2018.) Reflektiivisyyttä edustaa mm. projektiorganisaation ja aineiston

valinnan esittelyssä. Siirrettävyyden osalta tämän tutkimuksen taustatiedot esitettiin tutkimuksen osallistujien anonymiteetin rajoissa. (Kylmä & Juvakka 2012, 129.)

6.3 Kehittämistyön prosessin arviointi

Opinnäytetyönä tehdyn tarkistuslista tehtiin yhteistyössä OYS:n synnytysosaston sisällönasiantuntijan ja osastonhoitajan kanssa. Yhteistyöstä tehtiin kirjallinen yhteistyösopimus tekijänoikeudet huomioiden. Työ käynnistyi aloituspalaverista, jossa määriteltiin työn tavoite ja aiheen rajaus. Tämän jälkeen tuotin kesän 2017 aikana opinnäytetyön suunnitelman, joka sisälsi tietoperustan ja projektisuunitelmien lisäksi materiaalien hankinnan ja tuotekehityksen suunnitelmat. Suunnitelman mukaan opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat: miten kättilöt arvioivat synnytyksen edistymistä sekä äidin ja sikiön hyvinvointia sekä mitä muita toimenpiteitä kättilöt tekevät vastaanotolla. Tietoperustan kerääminen toteutettiin pääosin suunnitelman yhteydessä, jonka lisäksi aineistoa täydennettiin tarpeen mukaan. Tietohakujen tekemiseen sain henkilökohtaista ohjeistusta OAMK:n informaatiolta, mistä olikin jatkossa paljon hyötyä. Tietohaut tehtiin oppilaitoksen hakukoneilla valiten aineistosta mahdollisimman luotettavaa ja ajantasaista tietoa. Suunnitelma hyväksyttiin syyskuussa, jonka jälkeen tutkimukselle anottiin OYS:n tutkimuslupa.

Seuraavassa vaiheessa toteutettiin kättilöiden teemahaastattelut. Saatu materiaali analysoitiin laadullisin metodein Excel -taulukkoa hyväksikäyttäen (vrt. värikynätekniikka). Analyysissa onnistuminen oli merkityksellistä, sillä tutkittava asia oli minulle entuudestaan tuntematon ja sen tulos hyödynnettiin tuotekehityksessä. Analyysituloksena oli kattava kuvaus synnytysvastaanoton toiminnoista. Kaikkiin esitettyihin tutkimuskysymyksiin saatiin myös vastaukset. Aineiston keruu ja sen analyysi olivat siis onnistuneet, mutta koska valittu metodi oli ollut työläs, niin on tarkoituksenmukaista pohtia olisiko joku toinen toteuttamistapa ollut mielekkäämpi. Ainakin teoriassa tuotekehityksen 1. versio olisi voinut pohjautua kirjallisuuteen, mutta tämän vaihtoehtoisen mallin riskeinä olisivat olleet tuotteen sopimattomuus käyttöympäristöönsä ja katselmointikorjausten suuri määrä.

Analyysimateriaali toimi tuotekehityksen pohjana. Tuotteen kehitystyössä luovuus kasvoi kokemuksen myötä. Tarkistuslistasta esitettiin kolme tuoteversiota (liitteet 10, 11 ja 12), joista viimeinen valittiin synnytysosaston käyttöön. Tuotteen kehitystyön katselmoinneilla oli merkittävä vaikutus

lopputuotteen laatuun, sillä asiantuntijoiden osallistumisella varmistettiin sisällön oikeellisuus. Tuotteen soveltuvuutta käyttötarkoitukseensa selvitettiin kättilöiden pilotoitikäytön kautta toukokuussa 2018. Koko prosessin ajan toiminut tiivis yhteistyö varmisti osaltaan tuotteen laadun ja käyttäjien käyttöön sitoutumisen. Tarkistuslista räätälöitiin osaston tarpeita vastaaviksi, mikä oli yksi kehittämistyön tavoitteista (Fourcade ym. 2012). Pilotoinnin käyttäjäpalautteen mukaan tuote oli tarpeellinen erityisesti opiskelijoiden perehdytyksessä ja muutoinkin toimintaa ohjaavana mallina. Palautteen yhteenvedo toimitettiin synnytysosastolle jatkotoimenpiteitä varten.

Raportin kirjoitus tapahtui osittain rinnakkain tarkistuslistan kehittämisprosessin kanssa, jolloin asiat tulivat kirjattua ylös silloin kun ne tapahtuivat (mm. haastattelut, litterointi ja analyysi). Tästä huolimatta raportin viimeistely oli ylivoimaisesti koko prosessin työläin vaihe. Raportin teossa huomioitiin sen luotettavuuden ja toistettavuuden kriteerit. Työn tekemisen kriittistä ja pohtivaa asennetta kuvastaa lähteiden monipuolinen käyttäminen ja erilaisten näkökulmien huomioiminen. Koen saavuttaneeni tavoitteet sekä tarkistuslistan että raportin suhteen, mutta tavoitteeseen pääseminen vaati henkilökohtaisen panostuksen lisäksi hyvää yhteistyötä sekä yhteistyökumppaneiden että ohjaavien opettajien kanssa.

Arvioitaessa työn toteutusta sen riskianalyysiin, voidaan yhteenvedona todeta, että aikataulumuutoksia tapahtui, mutta viivästyksistä huolimatta opinnäytetyö ja tarkistuslista valmistuivat tavoiteajassa. Tarkistuslistan sisällön laatuun liittyvää riskiä pienennettiin asiantuntijoiden osallistumisella katselmointeihin. Raportin riskiä pienennettiin opettaja- ja opponointipalautteen kautta. SWOT-analyysissä esitetyt mahdollisuudet toteutuvat mm. siten, että tarkistuslistan käyttöönotto lisää vastaanottotoimintojen yhdenmukaisuutta välittömästi. Pitkän ajan tavoitteet tulevat esille ajan kuluessa ja konkretisoituvat tarkistuslistan käytön myötä. SWOT -analyysin uhkista ja heikkouksista kaikkein todellisimmat olivat aikataulussa pysyminen ja niiden yhteensovittaminen sekä työn laajuus. Aiheen laajuus tuli esille mm. työn rajaamisen vaativuutena. Aiheen rajaamisessa auttoivat neuvot, ohjeet ja läheinen yhteistyö yhteistyökumppanien ja ohjaavat opettajien kanssa. SWOT -analyysin vahvuudet tukivat työn tekemistä.

Tarkistuslistan kehittämistyön laatutavoitteissa hyödynnettiin opetushallituksen verkko-oppimateriaa soveltuvien osien. Laatutavoitteissa huomioitiin käytettävyyden ja esteettömyyden näkökulmat, jota vastoin tuotannon laadun arviointi korvattiin tuotekehityksen laadun arvioinnilla ja pedagogisen laadun sijasta arvioitiin sisällön laatua. (Opetushallitus 2006, 9, 13.) Laatukriteeristön noudattaminen kehittämistyössä ilmeni siten, että projektin tavoitteet, sisältö, ratkaisut ja aikataulu määriteltiin ja

dokumentoitiin. Sopimuksien tenttiin kirjallisina, asiantuntijat osallistuivat sisällön tuottamisen prosessiin ja loppukäyttäjät otettiin mukaan tuotteen pilotointiin. (Opetushallitus 2006, 25–28.) Tuotteen käytettävyyden kriteereitä olivat käyttämisen helppous ja tehokkuus. Käyttöliittymän rakenne, asettelu, tyyli, värit, kirjaintyyppien ja -kokojen valinnoissa painotettiin selkeyttä ja yhtenäisyyttä, siten että testit olisivat luettavia ja kieliasu käyttäjälähtöistä. Otsikot pyrittiin pitämään informatiivisina ja lyhyinä. Esteettömyys huomioitiin käyttämällä yksinkertaista ja ymmärrettävää kieltä. (Opetushallitus 2006, 18–24.)

Typografiassa tavoitellaan tekstin helppolukuisuutta ja siihen vaikuttavat kirjaintyyppi ja -koko, otsikointi, kappalejako, rivien pituus ja niiden väli, taitto ja kuvitus. Hyvä typografia on sekä taidetta että viestintää, jossa tekstin suhteet, vaihtelu ja rytmi luodaan koko-, vahvuus-, muoto-, sekä väri-contrasteilla. Kokokontrastissa kahden kirjainkoon välinen ero ei saisi olla niin pieni, että kokomuu- tos vaikuttaa virheeltä, mutta myös ylisuuria koonmuutoksia tulee välttää. Toteutuksessa voidaan yhdistää eri kirjainperheitä sekä lihavuuksia silloin, kun tavoitellaan muutokonstrastia. Tekstin luet- tavuutta lisätään valitsemalla taustaltaan neutraali ja vaalea taustapohja. Taustan ja kirjainten kont- rastia kasvatetaan kirjainkoon pienentyessä. Nyrkkisääntönä pidetään, että on parempi käyttää tila riittävään kirjainkookoon kuin tuhkata se hyödyttömän suuriin riviväleihin. Suuraakkosia käytetään harkiten ja poikkeustapauksissa. (Itkonen 2012, 11, 73, 81–84, 92–93; Virtanen 2012, 67, 120, 121, 124.) Tarkistuslistan tekstin typografisissa valinnoissa nojaututtiin Itkosen (2012) ja Virtasen (2012) ohjeisiin ja valmiin tuotteen ulkoasusta saatiin tavoiteltu kokonaisuus väricontrastein sekä typografisin valinnoin. Fonttikoko jäi pienemmäksi kuin tavoiteltiin johtuen sisällön määrästä.

6.4 Prosessissa oppiminen ja ammatillinen kehittyminen

Opinnäytetyötä aloittaessani tavoitteinani olivat ammatillinen kehittyminen sekä kättilötyön että pro- sessien osalta. Tämän opinnäytetyön tekeminen lisäsi ammatillista kasvuani synnytyksen aikaisen kättilötyön perehtymisen kautta. Sain kokemusta tutkimusmenetelmien suunnittelusta, toteutuk- sesta ja analysoinnista sekä laadullisen että määrällisen tutkimuksen osalta. Työn tekemisen mo- net vaiheet opettivat minulle pitkäjänteistä projektityötä, jossa korostui osapuolien välinen yhteis- työ. Rapotin kirjoittaminen harjaannutti tieteellisen kirjoittamisen taitoja. Esitin työlle kolme jatko- kehitysideaa, jotka toteutuessaan tukevat tarkistuslistan käyttöä ja lisäävät vastaanoton potilasturval- lisuutta.

6.5 Jatkotutkimusaiheet ja kehittämistyön merkitys

Opinnäytetyö prosessin aikana olen pohtinut, mitkä olisivat työn merkittävimmät ja tärkeimmät jatkokehitystarpeet. Päädyn esittämään kolme jatkokehitysideaa, jotka liittyvät läheisesti tähän työhön. Ensimmäisenä jatkokehityksaiheena on äitipoliklinikan prosessien ja toimenpiteiden lisääminen jo olemassa olevaan tarkistuslistaan tai vaihtoehtoisesti uuden rinnakkaisen tuotteen kehittäminen. Toisessa kehitysideassa esitetään tarkistuslistan raportoinnin integroimista osaksi Ipana -potilas-tietojärjestelmää. Kolmaa hanke-ehdotus on nykyisen tarkistuslistan päivitys pilottikäytön kokemuksiin ja kehitysideoihin pohjautuen.

Kehittämistyön merkitystä voidaan tarkastella sen tulevalla käytöllä. Opinnäytetyönä tehty tarkistuslista on esitetty käytettäväksi OYS:n synnytysvastaanotolla toiminnallisena mallina, jonka lisäksi se tukee kättilöopiskelijoiden sekä uusien työntekijöiden perehdytyksiä. OYS:n kättilöiden hyväksi havaitut ja katselmoinnein tarkistettut vastaanottotyön käytännöt tulevat näin tarjotuksi laajempaan käyttöön. Jatkokehityshankkeiden toteutuessa myös tämän työn arvo kasvaa mm. laadun ja turvallisuuden edistämisen myötä. THL:n potilasturvallisuusoppaan (THL 2017) oheistus huomioiden, tarkistuslistalla voidaan nähdä olevan synnytysosaston potilasturvallisuutta edistävä vaikutus järjestelmällisen tulotarkistuksen varmistaessa synnyttäjälle hänen tarvitsemansa ja oikean hoidon. Tarkistuslistan käytön merkitys sairauksien ehkäisyssä ilmenee esimerkiksi infektioiden torjuntajen hoidossa tarkistuslistan ohjeistaessa mm. riittävään GBS seulontaan ja PROM pikatestin ottamiseen tarvittaessa.

LÄHTEET

Anand, B., Mansukhani, C., Gujral, K. & Pradhan, M. 2015. Importance of developing a new modified high risk pregnancy scoring system. *Indian Obstetrics & Gynaecology*. 2017, Jan-Mar, 10–14.

Björklund, V. & Saxén, H. 2016. Synnyttäjien *Streptococcus agalactiae* -seulonta. *Duodecim* 2016 vol. 132, no. 22, 2049–2450.

Blomgren, K. & Pauniahio, S-L. 2014. Terveystenhuollon tarkistuslistat. *Duodecim oppiportti*. Viitattu 6.5.2017, <http://www.oppoportti.fi/op/opk04593>.

Cassidy, P. 1993. The first stage of labour: physiology and early care. On the book Bennet, R & Brown, L. *Myles textbook for midwives*. 12th edition. Great Britain: Bath Colourbooks, 149–167.

Chapman, V. 2003. *The midwife's labour & birth handbook*. Great Britain: Blackwell Science Ltd a Blackwell Publishing company.

Crafter, H. & Brewster, J. 2014. Common problems associated with early and advanced pregnancy. On the book Marshall, J. & Raynor, M. *Myles textbook for midwives*. 16th edition. Great Britain: Elsevier, 221–242.

De Vries, E., Prins, H., Crolla, R., Outer, A., Andel, G., Helden, S., Schlack, W., Putten, M. A., Gouma, D., Dijkgraaf, M., Smorenburg, S. & Boermeester, M. 2010. Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes. *The New England Journal of Medicine* 2010/363. 1928-1937. Viitattu 13.9.2017, <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0911535#t=article>.

Easter, S., Cantonwine, D., Zera, C., Lim, K., Parry, S. & McElrath, T. 2016. Urinary tract infection during pregnancy, angiogenic factor profiles, and risk of preeclampsia. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2016 Mar, 387.e1-387.e7.

Ekholm, E. & Alanen, A. 2012. Kohdunsisäinen bakteeritulehdus. *Suomen Lääkärilehti* 2012 50-52, 3762-3767.

Erkkola, R. 2004. Sikiön kasvun hidastuminen. Ylikorkala, O. & Kauppila, A. Naistentaudit ja synnytykset. 4. uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 468–477.

Fine, L. 2009. The SWOT analysis: using your strength to overcome weaknesses, using opportunities to overcome threats. Createspace, (kustannuspaikka tuntematon).

Fourcade, A., Blache, J-L., Grenier, C., Bourgain, J-L. & Minvielle, E. 2012. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. BMJ Quality & Safety. 2012 Mar; 21(3), 191–197.

Fudickar, A., Hörle, K., Wiltfang, J. & Bein, B. 2012. The Effect of the WHO Surgical Safety Checklist on Complication Rate and Communication. Viitattu 17.9.2017, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3489074/pdf/Dtsch_Arztebl_Int-109-0695.pdf.

Gibbons, L., Belizán, J., Lauer, J., Betrán, A., Merialdi, M. & Althabe, F. 2010. The Global numbers and costs of additionally needed and unnecessary cesarean sections performed per year: Overuse as a barrier to universal coverage. World Health Report 2010. WHO, Geneva. Back-ground paper No 30, 4-20.

Heino, A., Vuori, E. & Gissler, M. 2017. Perinataaltilasto - synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2016. Viitattu 17.3.2018, <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet/perinataaltilasto-synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet>.

Helakorpi, S. 1999. Opinnäytetyö ja tutkimustoiminta ammattikorkeakouluissa. Hämeenlinna: Hämeen ammattikorkeakoulu.

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. Tutkimushaastattelu. 2001. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2016. Tutki ja kirjoita. 21. painos. Porvoo: Bookwell Oy.

- Itkonen, M. 2012. Typografian käsikirja. 4. tarkistettu ja laajennettu painos. Riika: Livonia Print.
- Jackson, K., Marshall, J. & Brydon, S. 2014. On the book Marshall, J. & Raynor, M. Myles Textbook for Midwives. 16th edition. China: Elsevier, 327–366.
- Kaaja, R. & Luoto, R. 2004. Raskauskomplikaatiot. Teoksessa Koponen, P. & Luoto, R. Lisääntymisterveys Suomessa. Terveys 2000 -tutkimus. Helsinki: HakaPaino Oy, 34 – 39.
- Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Karlsson, Å. & Marttila, A. 2001. ProjektiKirja. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Kautiala, K., Jernman, R., Tammela, O., Vuento, R. & Uotila, J. 2014. Vastasyntyneiden varhaiset GBS-infektiot TAYS:ssa 2010–2013 – seulontakäytännön muutoksen vaikutukset. Suomen lääkäri-lehti. 2014 vol. 69, no. 43, 2781–2787.
- Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. 2013. Äitiysneuvolaopas. Viitattu 11.4.2017, https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110521/THL_OPA2013_029_verkko.pdf.
- Korpelainen, J. 2017. Erikoissairaanhoidon palvelut. Viitattu 17.4.2018, <https://www.ppshe.fi/dokumentit/Kokousmateriaali%20sisltyyppi/Juha%20Korpelainen%20-%20Erikoissairaanhoidon%20palvelut.pdf>.
- Kvist, L., Rosenqvist, J. & Sandin-Bojö, A. 2011. Measuring the quality of documented care given by Swedish midwives during birth. December 2011, Volume 27, Issue 6, e188-e194. Viitattu 11.5.2018, <https://www.sciencedirect-com.ezp.oamk.fi:2047/science/article/pii/S0266613810001154?via%3Dihub>.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Käypä hoito -suositus, 2018. Ennenaikainen synnytys. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018. Viitattu 18.5.2018, <http://www.kaypahoito.fi>.

Lamminpää, R. 2015. Advanced Maternal Age, Pregnancy and Birth. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Luoto, R., Ruuskanen, O., Holmberg, K., Waris, M., Peltola, V. & Lehtonen, L. 2014. Vastasyntyneen virusinfektiot. Duodecim 2014 vol. 130 no. 20, 2071-2077.

McKinney, E., James, S., Murray, S. & Ashwill, J. 2000. Maternal Child nursing. St. Louis, Missouri: Elsevier Science.

Metsämuuronen, J. 2016. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Morrin, N. 1999. Midwifery care in the first stage of labour. On the book Sweet, B & Tiran, D. Mayes' Midwifery. 12th edition. Great Britain: The Bath Press, 355–384.

Murray, M. & Huelsmann, G. 2009. Labour and delivery nursing: A guide to evidence-based practice. New York: Springer publishing company.

Murray, M., Huelsmann, G. & Koperski, N. 2011. Essentials of Fetal Monitoring. Fourth edition. New York: Springer Publishing Company.

Nice Guidance. 2014. Intrapartum care for healthy women and babies. Viitattu 29.12.2017, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/recommendations#ongoing-assessment>.

Nyberg, R. & Tihtonen, K. 2014. Kohdun keisarileikkausarven pitkäaikaisvaikutukset. Duodecim 2014 vol. 130, no. 5, 461–468.

Ojasalo, T., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2015. Kehittämistyön menetelmät. 3 – 4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Opetushallitus. 2006. Verkko-oppimateriaalin laatukriteerit. Helsinki: Edita Prima Oy.

Pallasmaa, N. & Gissler, M. 2016. Synnytysten trendejä Suomessa. Suomen Lääkärilehti. 2016. vsk 71, 25–32.

Pauniahho, S-L., Lepojärvi, M., Peltomaa, K., Saario, I., Isojärvi, J., Malmivaara, A. & Ikonen, T. 2009. Leikkaustiimin tarkistuslista lisää potilasturvallisuutta. Suomen Lääkärilehti 49/2009 vsk 64. Viitattu 30.4.2017, http://www.thl.fi/attachments/halo/SLL_2009_49-4249_LeikkaustiiminTarkistuslista.pdf.

Pauniahho, S-L. & Ikonen, T. 2010. Kaikki kunnossa – valmiina viiltoon. Duodecim 2010; 126:333–5.

Pelin, R. 2011. Projektihallinnan käsikirja. 7. uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Pietiläinen, S. Väyrynen, P. & Stefanovic, V. 2015. Kohdun kasvun seuranta ja sikiön tilan arviointi. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. 6. uudistettu painos. Keuruu: Otava Oy, 191–207.

PPSHP. 2018a. Synnytysosasto ja synnyttäjien vastaanotto. Viitattu 11.5.2018, <https://www.ppsHP.fi/Toimipaikat/Raskaus-ja-synnytys/Synnytysosasto-ja-synnyttajien-vastaanotto/Pages/default.aspx>.

PPSHP. 2018b. Synnytysosasto, lapsen tiedot. Suullinen tiedonanto, 24.5.2018.

Raudaskoski, T. & Gissler, M. 2014. Monisyntyäjän obstetriset erityispiirteet. Duodecim 2014, 130, 1309–1317.

Raussi-Lehto, E. 2015. Matalan riskin synnytys. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. 6. uudistettu painos. Keuruu: Otava Oy, 221–243.

Rytkönen, M-R. 2013. Hätäsektion toimintamallin luominen ja käyttöönotto Porvoon sairaalan synnytysyksikössä. Opinnäytetyö.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2009. Tutkimuksen arviointi - reflektointia. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskunta-tieteellinen tietoarkisto. Viitattu 25.4.2018, http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_3_3.html.

Saarikoski, S. 1992. Synnytysopin perustiedot. Kuopio: Legekustannus Oy.

Saarikoski, S. 2004. Raskauden keston häiriöt. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. Naistentaudit ja synnytykset. 4. uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Salonen, Kari 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opettajille, opiskelijoille ja TKI-henkilöille. Turun ammattikorkeakoulu. Puheenvuoroja 72. Verkkodokumentti. Viitattu 20.4.2018, julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf.

Sandin-Bojo, A-K., Larsson, B., Axelsson, O. & Hall-Lord, M. 2004. Intrapartal care documented in a Swedish maternity unit and considered in relation to World Health Organization recommendations for care in normal birth. *Midwifery* 2006, 22, 207–217.

Sariola, A. & Haukkamaa, M. 2004. Normaali synnytys. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. Naistentaudit ja synnytykset. 4. uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 325–335.

Sarvilinna, N., Isaksson, C., Kokljuschkin, H., Timonen, S. & Halmesmäki, E. 2016. Sikiön voinnin seuranta synnytyksen aikana. *Duodecim* 2016 vol. 132 no. 15, s. 1336-1344.

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi. Helsinki: Edita Prima Oy.

Soininen, M. 1995. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Turku: Painosalama Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Opas leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöön. Viitattu 16.5.2018, <http://docplayer.fi/69764621-Opas-leikkaustiimin-tarkistuslistan-kayttoon.html>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2018. Sairaanhoidopiirit ja erityisvastualueet. Viitattu 18.3.2018, <http://stm.fi/sairaanhoidopiirit-erityisvastualueet>.

Suomen Kättilöliitto. 2018. Kättilön työ. Viitattu 12.5.2018, <https://www.suomenkatiloliitto.fi/katilon-tyo>.

Suresh, V. 2015. Advanced Age Maternal Conception Modern Era Etiology for High Risk Mother, Fetus and Newborn. International Journal of Multidisciplinary Approach and Studies. 2015, July-August.

Tapper, A-M. 2011. Synnytyspalveluiden valtakunnallinen toteuttaminen. Selvityshenkilön raportti. Viitattu 28.4.2017, <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3168-8>.

Tekay, A. & Jouppila, P. 2004. Obstretrisen tutkimuksen apuvälineet. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. Naistentaudit ja synnytykset. 4. uudistettu painos. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy, 345–364.

Terveyskylä.fi. 2018. Infektiot ja raskaus. Viitattu 17.3.2018, <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/raskaus-ja-synnytys/infektiot-ja-raskaus/gbs-eli-b-ryhm%C3%A4n-streptokokki#>.

THL. 2016. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2015. Viitattu 26.5.2018, https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131259/Tr_16_2016.pdf?sequence=1.

THL. 2017. Potilasturvallisuusopas. Viitattu 06.5.2018, <https://thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>.

Thomson, V. 1993. Antenatal care. On the book Bennet, R & Brown, L. Myles textbook for midwives. 12th edition. Great Britain: Bath Press Colourbooks, 123–146.

Tikkanen, M & Kalajoki-Helmiö, T. 2017. Istukan kiinnittymishäiriö – äidin henkeä uhkaava raskauskomplikaatio. Duodecim 133/2017, 1633–1639.

Timonen, S. & Erkkola, R. 2004. Sikiön asfyksia synnytyksen aikana. Duodecim 2004 vol. 120 no. 20, s. 2415-2422.

Towers, C., Yates, A., Zite, N., Smith, C., Chernicky, L. & Howard, B. 2017. Incidence of fever in labor and risk of neonatal sepsis. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 2017, June, 216(6), 596.e1-596.e5.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Uotila, J. & Tuimala, R. 2004. Synnytushäiriöt. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. Naistentaudit ja synnytykset. 4. uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 480–487.

Uotila, J. & Sikkinen, J. 2009. Uhkaava ennenaikainen synnytys - ehkäistä vai synnyttää? Viitattu 13.9.2017, <http://www.duodecimlehti.fi/duo98130>.

Uotila, J. & Lyytikäinen, O. 2012. Vastasyntyneen varhaisen B-ryhmän streptokokki infektion ehkäisy. Suomen Lääkärilehti 50-52/2012 vsk 67.

Uotila, J. 2015. Riskiraskauden ennakointi ja seuranta. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. 6. uudistettu painos. Keuruu. Otava Oy, 352–356.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1.–2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Villa, P. 2017. Prediction and Prevention of Pre-Eclampsia. Väitöskirja. Helsinki.

Virtanen, H. 2012. Selkokielen käsikirja. 2. uudistettu painos. Tampere: Tammerprint Oy.

Vuori, E. & Gissler, M. 2016. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2015. Viitattu 26.5.2018, https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131259/Tr_16_2016.pdf?sequence=1.

Walker, A., Reshamwalla, S. & Wilson, H. 2012. Surgical safety checklists: do they improve outcomes? British Journal of Anesthesia 5/2012. Viitattu 29.4.2017, <http://www.lifebox.org/wp-content/uploads/surgical-safety-checklists-do-they-improve-outcomes.pdf>.

Walsh, D. 2017. Care in the first stage of labour. On the book Macdonald, S. & Johanson. Mayes' Midwifery. 15th edition. Italy: Elsevier, 586–613.

WHO. 1994. Preventing prolonged labour: a practical guide. The Partograph Part I: Principles and Strategy. Practical guide. Geneva. Viitattu 08.08.2017, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/58903/1/WHO_FHE_MSM_93.8.pdf.

WHO. 2017a. Patient Safety Checklist. World Health Organization. Viitattu, 28.4.2017, http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Checklist_finalJun08.pdf?ua=1.

WHO. 2017b. Department of Reproductive Health and Research. 2017. Care in normal birth practical guide. Viitattu 27.12.2017, http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/MSM_96_24_/en/.

WHO recommendations. 2018. Intrapartum care for a positive childbirth experience. Viitattu 11.5.2019, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>.

Williams, J. 1993. Prolonged pregnancy and disorders of uterine actions. On the book Bennet, R & Brown, L. Myles textbook for midwives. 12th edition. Great Britain: Bath Colourbooks.

Ämmälä, P. 2004. Sikiöön siirtyvät infektiot. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. Naistentaudit ja synnytykset. 4. uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 542–565.

Tärkeys ¹⁾	Prosessiin, toimijoihin ja työn tuloksien riskit	Toimenpide tai riskiin varautuminen	Todennäköisyys ²⁾	Vaikutus ³⁾
10	Myöhästyminen yhdessä toimenpiteessä viivästyttää tulevia	Tehdään projektisuunnitelmasta mahdollisimman realistinen. Suunnitelmaa päivitetään muutosten	5	2
6	Tutkimustyö etenee liian hitaasti	Riskiä pienennetään työn huolellisella suunnittelulla	2	3
5	Raportin laatu ei vastaa asetettuja tavoitteita	Varataan riittävästi aikaa raportointiin ja pyydetään palaute OYS:n sisällönasiantuntijalta ja koulun ohjaavilta opettajilta	1	5
3	Tarkistuslista ei vastaa asetettuja tavoitteita	Kiinnitetään huomio siihen, minkälaisen tuotteen asiakas haluaa. Tuotteen suunnittelussa huomioidaan laatu- ja asiakkaan palaute, jota varten tuotteesta tehdään esiversio ja tarvittaessa useampi korjattu versio	1	3
3	Tiedonkulun ongelmat projektin sisällä	Suunnitelmassa varataan riittävästi aikaa palautteelle ja korjauksille. Varattava henkilökohtaisia tapaamisia	1	3
3	Tiedonkeruun tai analysoinnin ongelmat	Tiedonkeruussa ja analysoinnissa tehtyjen valintojen huolellinen pohdinta ja	1	3

1) Tärkeys on riskin vaikutuksen ja sen todennäköisyyden yhteisvaikutus

2) Todennäköisyyden asteikko 1-5, jossa 1= erittäin epätodennäköinen, 5=erittäin todennäköinen

3) Vaikutuksen asteikko 1-3, jossa 1=vähäinen vaikutus, 3=merkittävä vaikutus

Arvoisa vastaanottaja

Tämän kyselyn tarkoituksena on selvittää kokemuksenne synnytysvastaanoton tarkistuslistasta. Tarkistuslistaa päivitetään ja kehitetään palautteenne perusteella. Vastaaminen vie aikaa noin 5 minuuttia ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Rastita vastausvaihtoehdoista sinulle parhaiten kuvaava vaihtoehto. Kiitos osallistumisesta ☺

1. Taustatiedot

Kuinka kauan olette työskennelleet synnytysosastolla? _____ vuotta

Kuinka usein työskentelette synnytysvastaanotolla (SVO)?

- ☐ Kerran viikossa tai useammin
- ☐ Kerran kuukaudessa tai useammin
- ☐ Harvemmin kuin kerran kuukaudessa

2. Arvionne tarkistuslistan käytettävyydestä ja esteettömyydestä	Kyllä	Osittain	Ei
Tarkistuslistaa on helppo käyttää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ulkoasu on selkeä ja oleelliset tiedot löytyvät helposti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toimintojen järjestys on looginen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarkistuslista sisältää selkeät kokonaisuudet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarkistuslistan sisältö on helposti ymmärrettävissä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Arvionne tarkistuslistan sisällön laadusta	Kyllä	Osittain	Ei
Tarkistuslista kattaa tärkeimmät SVO:lla tehtävät toimet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarkistuslista on liian yksityiskohtainen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Tarkistuslistan käytön vaikutukset työssänne SVO:ssa?	Kyllä	Osittain	Ei
Tarkistuslista selkeyttää vastaanoton toimintaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarkistuslistan käyttö nopeuttaa synnyttäjien vastaanottamista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarkistuslista yhdenmukaistaa synnyttäjien vastaanottoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarkistuslista lisää SVO:lla tehtäviä toimenpiteitä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Perehdytykseen osallistuneet (ohjaajat & oppilaat)	Kyllä	Ei
Käyttittekö tarkistuslistaa perehdytyksen tukena?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oliko tarkistuslista hyötyä SVO:n tehtäviin perehdytyksessä?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Kehittämisehdotukset tarkistuslistaan liittyen:

Henkilökuntatiedote kätilöhaastatteluun osallistuville

Tiedote

Oulu 29.9.2017

Hyvä kätilö,

Pyydän teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on selvittää, mitä menetelmiä Oulun yliopistollisen sairaalan kätilöt käyttävät äidin ja sikiön hyvinvoinnin sekä synnytyksen edistymisen arvioinnissa synnytysvastaanoton aikana. Kätilöiden kuvaama tieto analysoidaan ja tieto integroidaan kehitettävään tarkistuslistaan, joka on opinnäytetyöni konkreettinen tavoite. Jatkossa tarkistuslista yhdenmukaistaa ja nopeuttaa kätilöiden työtä synnytysosaston vastaanotolla.

Opinnäytetyötä varten on hankittu asianmukaiset luvat pohjoispohjanmaan sairaanhoitopiiristä. Opinnäytetyön aineisto kerätään haastattelemalla Oulun yliopistollisen sairaalan synnytysvastaanotolla työskenteleviä kätilöiltä. Osallistumiseen haastatteluun on täysin vapaaehtoista ja haastatteluun osallistumisen voi keskeyttää tai peruuttaa koska tahansa syytä ilmoittamatta. Haastattelut tehdään haastateltavia arvostaen ketään loukkaamatta. Tutkimusmateriaali käsitellään nimettömänä ja luottamuksellisesti, tiedot säilytetään huolellisesti eikä niitä luovuteta ulkopuolisille. Tutkimustulokset ilmenevät raportissa siten, että ketään tutkimukseen osallistuvaa ei ole mahdollista tunnistaa. Tutkimusmateriaali hävitetään asianmukaisesti aineiston analysoinnin jälkeen.

Mikäli teillä on kysyttävää opinnäytetyöstä tai haastatteluista, vastaan mielelläni.

[Redacted signature]

Kätilöopiskelija, Oulun ammattikorkeakoulu

[Redacted email]@students.oamk.fi, puh. [Redacted phone]

- Haastattelija:
- 2-4 kättilöhaastattelua Oulun yliopistollisen sairaalan synnytysvastaanoton kättilöille

Teemahaastattelurunko

1) Haastattelun aloitus

- Haastateltaville kerrotaan haastattelun tavoite ja tarkoitus, aikataulu ja sisältö sekä heidän oikeutensa

2) Haastateltavien taustatietojen selvittäminen

- Työhistoria ja perehtyneisyys synnytysvastaanottotyöhön

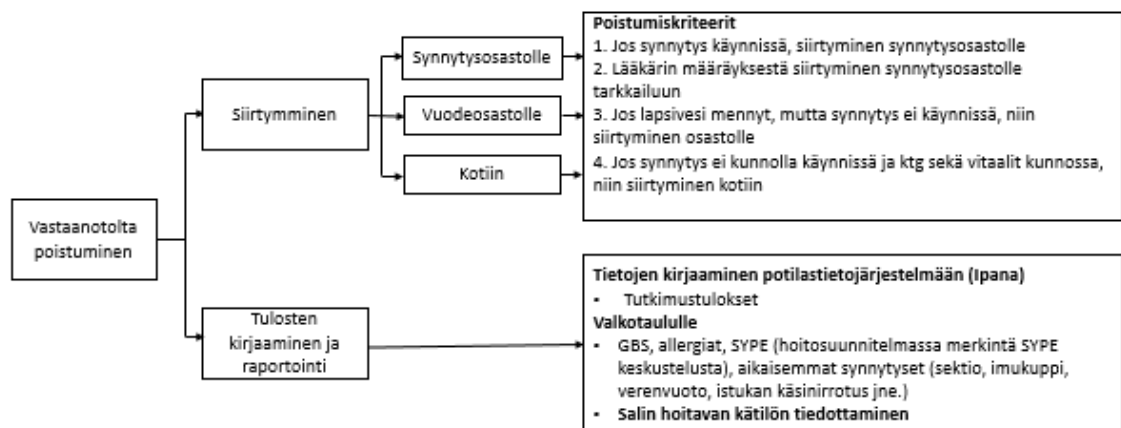
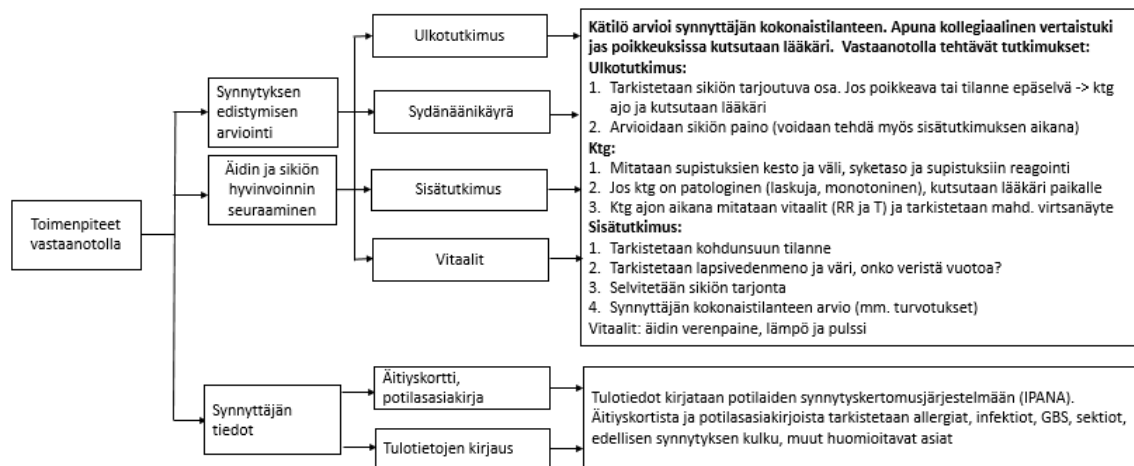
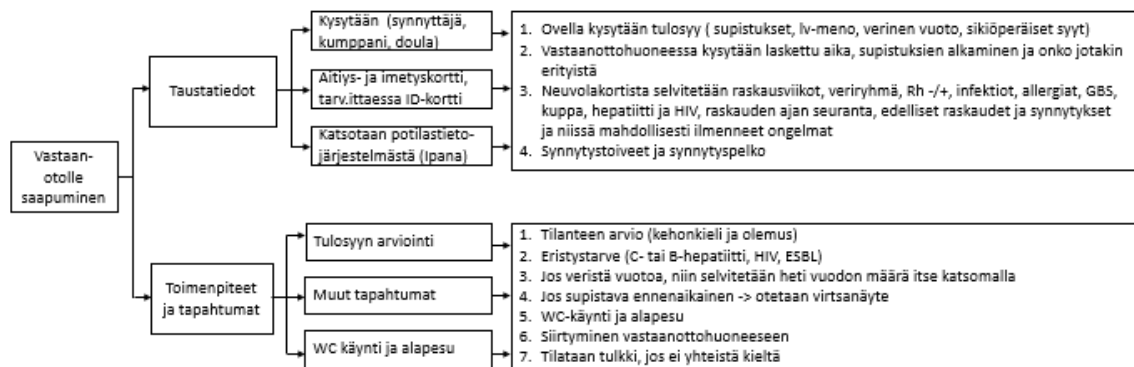
3) Kysymykset vastaanottotapahtuman eri vaiheissa

- Vastaanotolle saapuminen
 - Mitä taustatietoja synnyttäjältä selvitetään ja miten se tapahtuu?
 - Mitkä ovat saapumistilanteessa tehtävät toimenpiteet?
 - Mitä muita asioita tapahtuu vastaanotolle saapumisen yhteydessä?
 - Mitä eri hoitopolkuja voidaan tunnistaa tässä vaiheessa?
- Tulotarkastukset
 - Miten arvioitte synnytyksen käynnistymisestä ja sen edistymisestä?
 - Miten arvioitte synnyttäjän ja sikiön hyvinvointia?
 - Mitkä ovat yleistutkimuksen, ulkotutkimuksen ja sisätutkimuksen kulku ja sisältö sekä raportoitavat asiat?
 - Tehdäänkö vastaanotolla mitään muita toimenpiteitä edellisten lisäksi?
- Vastaanotolta poistuminen (synnyttäjä siirtyy synnytyssaliin / osastolle / kotiin)
 - Mitkä ovat eri hoitopolkujen kriteerit?

4) Haastattelun päättäminen

- Haastatelluille kerrotaan prosessin eteneminen ja vastataan kysymyksiin, mikäli niitä esiintyy. Haastattelun päättäminen.

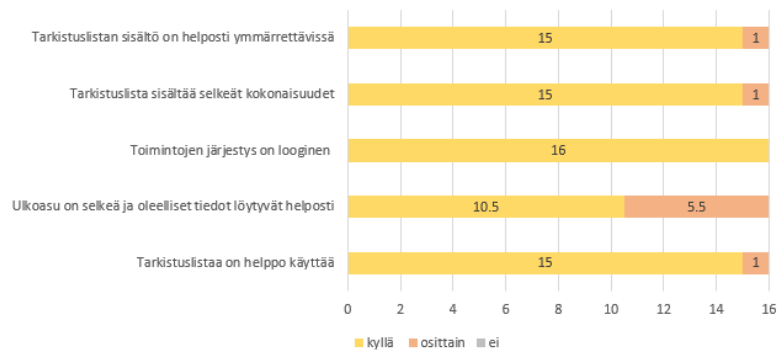
Alkuperäinen ilmaus	Tiivistetty ilmaus	Pelkistetty ilmaus
Sydänäänikäyrältä näkee, kuinka kauan (supistukset) ne kestävät ja sitten se, miten se vauva reagoi siihen supistukseen. Sehän on se mitä me oikeasti käyrältä katsotaan	KTG:stä katsotaan supistusten kesto ja sikiön reagointi supistuksiin	KTG Supistuksien kesto Reagointi supistuksiin
Kotiin lähtevät ne joilla ei ole yhtään auennut ja pärjäävät kivun kanssa, ne lähtevät mielellään kotiin. Pyritään rauhoittamaan äitiä, jos on se sisätutkimus tehty ja todetaan, että ei tämä ole vielä millään mallilla, niin sitten annetaan vaihtoehtoja, että mitä nyt kannattaisi ja pystyisi ja voisi tehdä. Me lähetetään kotia takaisin, jos sydänäänikäyrä on ok (H2)	Kotiin lähtevät ne, joilla kohdunsuu ei ole auennut	Siirtyminen kotiin
Supistukset katsotaan alusta alkuun. Väli on supistuksen alusta seuraavan supistuksen alkuun ja että kesto on yli minuutin. Kesto ja väli ovat ne tärkeimmät. (H2)	Supistuksista kirjataan niiden kesto ja väli	Supistuksien laatu niiden kesto ja väli
Synnytyksen edistymisen arviointiin kuuluvat supistukset. Sydänäänikäyrältä näkee, kuinka kauan ne kestävät ja sitten se, että miten sikiö reagoi siihen supistukseen. Se on se mitä me oikeasti siitä käyrältä katsotaan ja mikä kiinnostaa. Katsotaan sitä käyrää, tuleeko niitä hidastumisia. Jos ongelmia ilmenee, niin lääkäri kutsutaan paikalle. (H1)	KTG:stä katsotaan supistukset ja sikiön reagointi niihin. Lääkäri kutsutaan paikalle ongelmatapauksissa	KTG Supistuksien kesto Reagointi supistuksiin Lääkäri tarkistaa ongelmatapaukset
Sydänäänikäyrän aikana katsotaan vitaalit: verenpaine ja lämpö ja samalla katsotaan virtsanäyte, jos se on otettu. (H1)	Sydänäänikäyrän aikana katsotaan vitaalit	Sydänäänikäyrän aikana katsotaan vitaalit
Saliin menevät ne, joilla synnytys on käynnissä	Synnyttävät siirtyvät saliin	Siirtyminen saliin



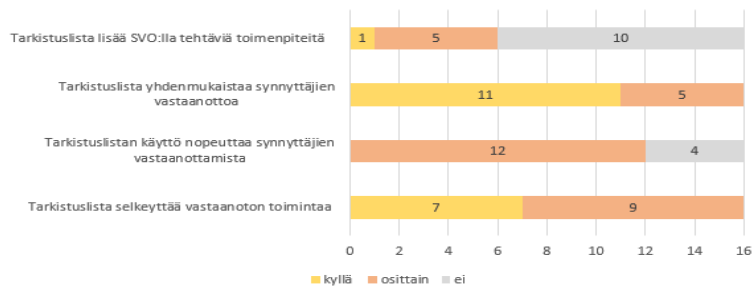
Aika	Katselmoitu -> korjattu versio	Katselmointipalaute ja muutokset	Osallistajat ¹⁾
15.05.2018	Versio 1.2	Pilottikäyttö ja arviointikysely 17-23.5.2017	Kätilöt
14.05.2018	Versio 1.1 -> 1.2	Versio 1.2 esitetty hyväksyttäväksi. Hyväksytty muutoksin	L, OH, SI
05.05.2018	Versio 0.5 -> 1.0, 1.1	Korjauksia mm. muut syyt poistettu, ponnistusvaihe korjattu olemaan ponnistava	SI, O
01.05.2018	Versio 0.4 -> 0.5	Korjaukset osastolääkärin palautteen mukaisesti (ilmaisujen tiivistämistä ja yhtenäistämistä mm. vastaanottotarkistus vaihdettu tulotarkistukseksi ja kohdun suun aukiolo korvattu kohdun suun tilanteella)	SI, O, (L)
11.04.2018	Versio 0.3 -> 0.4	Numerointi poistettu, lisätty ID-kortti ja imetyskortti sekä riskitiedot. Valkotaulun esimerkki poistettu. Pilottikäytön kyselylomakkeen päivitys	OH, SI, O
01.03.2018	Versio 0.2 -> 0.3	Toimintoja yhdistetty, nimeämisen korjauksia	OH, SI, O
19.01.2018	Versio 0.1 -> 0.2	Sisällön oikeellisuuden tarkistus ja korjaukset. Toimintojen yhdistäminen. Osastonhoitajan kommentit huomioitu	SI, O
12.12.2017	Prosessikaavio	Prosessi ja nimeämiset tarkistettu ja päivitetty	OH, O

1) L = osaston lääkäri, OH = Osastonhoitaja, SI = Sisällönasiantuntija, O = Opinnäytetyöntekijä

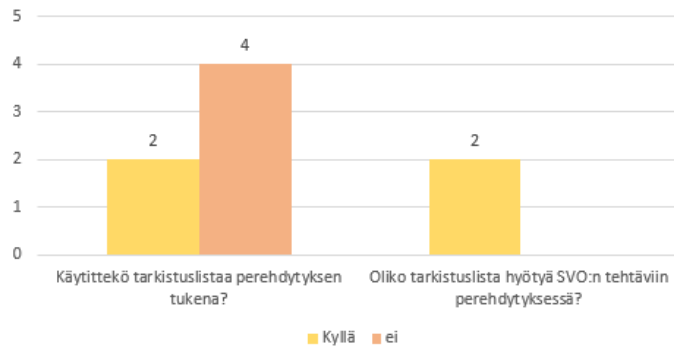
Tarkistuslistan käytettävyys ja esteettömyys



Tarkistuslistan käytön vaikutukset vastaanottotyössä



Tarkistuslistan käyttö perehdytyksen tukena



Synnytysvastaanoton tarkistuslista

Ovella kysytään synnyttäjältä tulosyy, raskausviikot ja pyydetään äitiyskortti, imetyskortti ja ID, jos maahanmuuttaja. Arvioidaan tilanne ja sen kiireellisyys. Synnyttäjälle esitetään mahdollisuus käydä wc:ssä ja tehdä alapesu, jonka jälkeen siirtyminen vastaanottohuoneeseen. Jos on todettu infektio, niin toimenpiteet suoritetaan eristyksessä. Tarvittaessa virtsan seulontatutkimus (U-Prot-O, U-Gluk-O).

Vastaanotolle tulosyy: lapsivedenmeno tai supistukset

1. Ulkotutkimus. Selvitetään sikiön tarjoutuva osa, kiinnittyminen, lapsiveden määrä ja painoarvio. Ilmoitus lääkärille, jos sikiö on perä- tai poikkeillassa tai tarjonta on epäselvä. Lääkäri katsoo tarjonnan monisikiöraskauksissa ja kun tarjonta epäselvä.
2. Tulo-KTG (n. 20 min). Supistuksien kesto ja väli, sikiön syke ja supistuksiin reagoiminen. Ilmoitus lääkärille, jos KTG on poikkeava tai patologinen.
3. Vitaalit. Mitataan synnyttäjältä lämpö, verenpaine ja pulssi.
4. Kirjataan tulotilanne synnytyskertomusjärjestelmään IPANAAN.
5. Tarkastetaan äitiyskortista ja potilasasiakirjoista riskitiedot, allergiat, GBS, infektiot (eristystarve), edellisen synnytyksen kulku, sektiöt, muut huomioitavat asiat. ESKO:n hoitosuunnitelmasta tarkistetaan potilastiedot raskauden ajalta.
6. Sisätutkimus. Synnytyksen edistymisen arviointi, jossa tarkistetaan kohdunsuun aukiolo (cm), sikiökalvot, lapsivesi, vuodot ja arvioidaan synnyttäjän kokonaistilanne. Ilmoitetaan lääkärille, jos tarjonta poikkeava, synnyttäjällä veristä vuotoa tai lapsiveden väri on ruskeaa tai vihreää. Otetaan GBS pikatesti, jos B-streptokokki kantajuus epäselvä tai edellinen näyte on vanhentunut (huom. neuvolassa otettu GBS tulos vanhenee 7 viikossa). Tarvittaessa PROM testi, jos lapsivedenmeno epäselvä.
7. KTG, sisä- ja ulkotutkimusten tulosten perusteella kättilö tekee päätöksen synnyttäjän siirtymisestä synnytyssaliin, osastolle tai kotiin. Poistumiskriteerit ovat:
 - Siirtyy synnytyssaliin, jos synnytys käynnistynyt (kohdunsuu auki, lapsivesi mennyt ja supistukset säännölliset)
 - Siirtyy vuodeosastolle, jos synnytys ei vielä käynnistynyt, mutta kotiutumiskriteerit eivät täyty
 - Siirtyy kotiin, jos synnytys ei vielä käynnistynyt ja kotiutumiskriteerit täyttyvät. Kirjaukset IPANAAN ja Kantaan. Tarvittaessa konsultoidaan lääkärää kotiuttamiselle.
8. Tulokset kirjataan potilasasiakirjoihin. IPANAAN tiedot ulko-, ja sisätutkimuksesta, KTG ja vitaalit sekä riskitiedot ja kooste.
9. Tiedonsiirto. Salin hoitavaa kättilöä tiedotetaan synnytyssaliin siirryttäessä. Valkotaululle kirjataan Synnyttäjän tilanne, RV, riskitiedot, kohdunsuunaukiolo, GBS, Rh, allergiat, SYPE, korkean / matalan riskin synnytys, hoitava kättilö, kolmiomagneetti jos eristys, MAL (=mielialalääkkeet).

Kiireellinen: ponnistava, vertavuotava tai muut syyt

- Ponnistava: selvitetään sisätutkimuksella kohdunsuun aukiolon tilanne. Tehdään sydänäänten tarkastus, jos on ponnistava. Synnyttäjä siirtyy synnytyssaliin, jos synnytys vauhdissa, muuten normaali vastaanottotarkastus.
- Vertavuotava: arvioidaan vuodon määrä (side). Jos vuoto on runsasta, kutsutaan lääkäri paikalle, jatkuva KTG, suoni yhteys (pyydetään avuksi toinen kättilö). Hoitopolku lääkärin ohjeiden mukaisesti.
- Muut syyt (esim. kouristeleva): KTG, kutsutaan lääkäri paikalle. Hoitopolku lääkärin ohjeen mukaisesti.

Monisikiöraskaus, ennenaikainen tai sovittu sektio supistavana/lv-mennyt

- Jatkuva KTG (supistuksien laatu, sikiön syke ja supistuksiin reagointi), LV-meno/väri, vitaalit.
- Jos ennenaikainen: Tulo-KTG. Lääkäri katsoo tarjonnan ja määrää hoitopolun.
- Jos monisikiöraskaus -> KTG, vitaalit ja lapsiveden väri- ja haju. Lääkäri katsoo tarjonnan ja määrää hoitopolun.
- Jos sovittu sektiosynnyttäjä, joka tullut supistuksien vuoksi -> otetaan virtsanäyte. Lääkäri tarkastaa kohdunsuun tilanteen ja määrää hoitopolun.

Vaihe	Toimenpide	Sisältö	Lisätiedot
1	Vastaanotolle saapuminen	Kysytään synnyttäjältä tulossyy, raskausviikot ja pyydetään äitiys- ja imetyskortti sekä ID-kortti (jos maahanmuuttaja)	* Tulossyy: lapsivedenmeno, supistukset, liikehälytys tai muu syy * Tarvittaessa virtsan seulontatutkimus (U-Prot-O, U-Gluk-O) * Synnyttäjällä voi käydä wc:ssä ja tehdä alapesun
2	Tilannearvio	Arvioidaan tilanne, sen kiireellisyys ja valitaan hoitopolku	Tulosy: 1) Supistukset, etene vaiheiden 3 - 11 mukaisesti 2) LV-meno, tark. vedenväri ja haju (onko infektion merkkejä). Jos poikkeava lv-väri (ruskea), kutsutaan lääkäri 3) Poikkeava verinen vuoto. Tarkastetaan vuodon määrä siteestä. Jos runsas verenvuoto tai ruskea lapsivesi, kutsutaan lääkäri 4) Ponnistava. Kätilö arvioi tilanteen, tarvittaessa siirto synnytys saliin 5) Muut syyt (esim. kouristava): KTG, kutsutaan lääkäri 6) Monisikiöraskaus, ennenaikainen tai elektiivinen sektiosynnyttäjällä, jolla synnytys käynnistynyt: Ajetaan KTG jatkuvana (supistusten kesto, väli, sikiön syke ja reagointi supistuksiin) ja tarkastetaan sikiökalvot, lapsiveden väri ja vitaalit. Kutsutaan lääkäri, hoitopolku lääkärin ohjeiden mukaisesti
3	Ulkotutkimus	lv määrä, sikiön tarjoutuva osa, kiinnittyminen ja painoarvio	* Ilmoitus lääkärille, jos sikiöllä perä- tai poikkitila tai tarjonta on epäselvä * Lääkäri tutkii tarjonnan monisikiöraskauksissa
4	Tulo-KTG	Ajetaan KTG-käyrää noin 20 minuuttia	KTG:stä supistusten kesto ja väli, sikiön syke ja supistuksiin reagoiminen * Ilmoitus lääkärille, jos KTG poikkeava tai patologinen * Sydänäänten tarkastus, jos ponnistava
5	Vitaalit	Mitataan synnyttäjän lämpö, verenpaine ja pulssi	
6	Sisäänkirjaus	Kirjaus: hoitajakso tai käynti	* Kirjataan tulosy, tulotilanne * Hoitajaksolinjalle kirjataan synnyttämään tulevat * Käynnille kotiin tai osastolle menevät
7	Synnyttäjän tietojen tarkistus	Äitiyskortti ja potilasasiakirjojen tiedot	* Potilasasiakirjoista tarkastetaan mm. allergiat, GBS, infektiot, edellisen synnytyksen kulku, sektiöt, muut huomioon otavat asiat * ESKO:n hoitosuunnitelmasta potilastietojen tarkistus raskauden ajalta
8	Sisätutkimus	Synnytyksen edistymisen arviointi: kohdunsuun aukiolo (cm), sikiökalvot, lapsivesi, vuodot, synnyttäjän kokonaistilanne	* Ilmoitus lääkärille, jos tarjonta poikkeava, verinen vuoto tai epäilyttävä lapsiveden väri (ruskea, vihreä) * Jos ennenaikainen- tai sektiosynnyttäjällä: lääkäri arvioi kohdunsuun tilanteen ja tarjonnan/tarjonnan sekä määrää hoitopolun * Aina pika GBS testi, jos B-streptokokki kantajuus ei tiedossa tai edellinen näyte on vanhentunut (huom. neuvolassa otettu GBS tulos vanhenee 7 viikossa) * Tarvittaessa PROM testi, jos lapsivedenmeno epäselvä
9	Vastaanotolta poistuminen	Poistuminen (kriteereiden mukaisesti)	1) Synnyttäjä siirtyy synnytys saliin, jos synnytys on käynnistynyt 2) Synnyttäjä siirtyy vuodeosastolle, jos synnytys ei ole käynnistynyt, mutta kotiutumisen kriteerit eivät täyty 3) Synnyttäjä siirtyy kotiin, jos synnytys ei ole käynnistynyt ja kotiutumiskriteerit täyttyvät. Kirjaukset lpanaan ja kantaan. Tarvittaessa lääkäriä konsultoidaan kotiuttamiselle
10	Tulosten kirjaaminen	Tulosten kirjaaminen	IPANA: * Ulkotutkimus: sikiön tarjonta, paino, kiinnittyminen, lapsiveden määrä * KTG: sikiön syke ja supistuksiin reagointi, supistusten laatu * Vitaalit: lämpö, verenpaine, pulssi * Sisätutkimus: kohdunsuun aukiolo (cm), sikiökalvot, lv-väri, vuodot * Riskitiedot * Kooste: SVO:n tulotilanne
11	Tiedonsiirto (synnyttämään jäävät)	Perustiedot valkotalulle ja suullinen raportointi salin hoitavalle kätilölle	* Synnyttäjän tilanne, RV, riskitiedot, kohdunsuunaukiolo, GBS, Rh, allergiat, SYPE, korkean / matalan riskin synnytys, hoitava kätilö, kolmiomagneetti jos eristys, MAL (=mielialalääkkeet)

VASTAANOTOLLE SAAPUMINEN	TULOTARKISTUS	VASTAANOTOLTA POISTUMINEN
<p>VASTAANOTOLLE SAAVUTTAESSA</p> <ul style="list-style-type: none"> Kysytään tulosyy sekä raskausviikot ja pyydetään äitiys- ja imetyskortti ja maahanmuuttajalta ID-kortti WC:ssä käynti, alapesu ja tarvittaessa virtsanäyte (U-Prot-O, U-Gluk-O) <p>ARVIOIDAAN TILANNE JA SEN KIIREELLISYYS JA VALITAAN HOITOPOLKU TULOSYYN MUKAISESTI</p> <ul style="list-style-type: none"> SUPISTUKSET TAI LV-MENO → normaali tulotarkistus PONNISTAVA SYNNYTTÄJÄ → kätilö arvioi tilanteen. Tarvittaessa siirrytään suoraan synnytyssaliin VERINEN VUOTO → tarkastetaan vuodon määrä siteestä. Jos verenvuoto on runsasta, hoitopolku lääkärin ohjeiden mukaisesti. Muutoin normaali tulotarkistus MONISIKIÖRASKAUS, ENNENAIKAINEN, SOVITUN SEKTION SYNNYTYS KÄYNNISTYNYT → KTG, vitaalit ja lapsiveden väri ja haju. Hoitopolku lääkärin ohjeiden mukaisesti 	<p>ULKOTUTKIMUS</p> <ul style="list-style-type: none"> Selvitetään sikiön tarjoutuva osa, kiinnittyminen, lapsiveden määrä ja painoarvio Ilmoitus lääkärille, jos perä- tai poikkeilata tai epäselvä tarjonta. Lääkäri katsoo tarjonnan monisikiöraskauksissa <p>KTG</p> <ul style="list-style-type: none"> Noin 20 minuutin KTG seuranta, jossa selvitetään sikiön syke ja supistuksiin reagointi Ponnistavalta tarkistetaan sydänäänet Ilmoitettava lääkärille, jos KTG poikkeava tai patologinen <p>SYNNYTTÄJÄN TIEDOT</p> <ul style="list-style-type: none"> Äitiyskortista ja potilasasiakirjoista tarkistetaan riskitiedot, allergiat, infektiot, GBS, sektiöt, edelliset synnytykset sekä muut huomioitavat asiat ESKO:n hoitosuunnitelmasta tarkistetaan raskausajan tiedot <p>VITAALIT</p> <ul style="list-style-type: none"> Synnyttäjän lämpö, verenpaine ja pulssi <p>SISÄTUTKIMUS</p> <ul style="list-style-type: none"> Synnytyksen edistymisen arvio: kohdunsuun tilanne, lapsivesi, vuodot, synnyttäjän kokonaistilanne Tarvittaessa pika-GBS, jos kantajuus on epäselvä tai näytettä ei ole otettu PROM testi, jos lapsivedenmeno on epäselvä Lääkäri tarkistaa kohdunsuun tilanteen ja määrää hoitopolun jos monisikiöraskaus, ennenaikainen tai sovitun sektion synnytys käynnistynyt, poikkeava tarjonta, poikkeava lapsivesi tai runsas verinen vuoto 	<p>TULOSEN KIRJAAMINEN JA RAPORTOINTI</p> <p>IPANAAN kirjataan seuraavat tiedot:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ulkotutkimus: sikiön tarjonta, painoarvio, kiinnittyminen ja lapsiveden määrä KTG: otettu / ei otettu Vitaalit Sisätutkimus: kohdunsuun tilanne, lapsivesi ja vuodot Riskitiedot Kooste: SVO:n tulotilanne <p>VALKOTAULULLE KIRJATAAN PERUSTIEDOT</p> <ul style="list-style-type: none"> RV, riskitiedot, kohdunsuun tilanne, GBS, Rh, allergiat, SYPE, korkean / matalan riskin synnytys, hoitava kätilö, MAL (=mielialalääkkeit). Kolmiomagneetti, jos eristys <p>TILANNERAPORTTI</p> <ul style="list-style-type: none"> Annetaan suullinen raportti salin hoitavalle kätilölle <p>VASTAANOTOLTA POISTUMINEN</p> <p>Poistumiskriteereiden mukaisesti synnyttäjän siirtyminen</p> <ul style="list-style-type: none"> Synnytyssaliin, jos synnytys on käynnistynyt Vuodeosastolle, jos synnytys ei ole käynnistynyt, mutta kotiutumiskriteerit eivät täyty Kotiin, jos synnytys ei ole käynnistynyt eikä tule poikkeavia löydöksiä. Kotiutuksen kriteereiden täytyminen kirjataan Ipanaan ja Kantaan. Tarvittaessa lääkärin konsultointi kotiuttamisesta